

85

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 30 Décembre 1893, à 1 heure

Par LÉONCE AMAT,

Né à Saint-Affrique (Aveyron), le 29 Septembre 1856.

DE

L'INFLUENCE DES BOISSONS ALCOOLIQUES

SUR

LA GENÈSE, LA FORME & L'ÉVOLUTION

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. { LE DENTU, professeur.
GLE Y et POIRIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1893

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Samedi 30 Décembre 1893, à 1 heure

Par LÉONCE AMAT,

Né à Saint-Affrique (Aveyron), le 29 Septembre 1856.

DE

L'INFLUENCE DES BOISSONS ALCOOLIQUES

SUR

LA GENÈSE, LA FORME & L'ÉVOLUTION

DE LA

TUBERCULOSE PULMONAIRE

Président : M. LABOULBÈNE, professeur.

*Juges : MM. } LE DENTU, professeur.
GLEY et POIRIER, agrégés.*

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.



PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE
HENRI JOUVE

15, Rue Racine, 15

1893

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL.
Professeurs.....	MM.	FARABEUF.
Anatomie.....		CH. RICHET.
Physiologie.....		GARIEL.
Physique médicale.....		GAUTIER.
Chimie organique et chimie minérale.....		BAILLON.
Histoire naturelle médicale.....		BOUCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		DEULAFROY.
Pathologie médicale.....	{	DEROVE.
Pathologie chirurgicale.....		LANNELONGUE.
Anatomie pathologique.....		CORNIL.
Histologie.....		MATHIAS DUVAL.
Opérations et appareils.....		TERRIER.
Pharmacologie.....		POUCHET.
Thérapeutique et matière médicale.....		LANDOUZY.
Hygiène.....		PROUST.
Médecine légale.....		BROUARDEL.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		LABOULBÈNE.
Pathologie expérimentale et comparée.....		STRAUS.
Clinique médicale.....	{	SÉE (G.)
		POTAIN.
		JACCOUD.
		HAYEM.
		GRANCHER.
Maladies des enfants.....		JOFFROY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....		N...
Clinique des maladies du système nerveux.....		DUPLAY.
Clinique chirurgicale.....	{	LE DENTU.
		TILLAUX.
		N...
Clinique des maladies des voies urinaires.....		GUYON.
Clinique ophthalmologique.....		PANAS.
Clinique d'accouchement.....	{	TARNIER.
		PINARD.

Professeurs honoraires

MM. SAPPEY, PAJOT, REGNAULD, VERNEUIL.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.	MM.
ALBARAN.	DELBET.	MARTE.	RICARD.
ANDRÉ.	FAUCONNIER.	MAYGRIER.	ROGER.
BALLET.	GAUCHER.	MENETRIER.	SCHWARTZ.
BAR.	GILBERT.	NELATON.	SEBILLEAU.
BRISAUD.	GLEY.	NETTER.	TUFFIER.
BRUN.	HEIM.	POIRIER, chef des	VARNIER.
CHANTEMESSE.	JALAGUIER.	travaux anatomi-	VILLEJEAN.
CHARRIN.	LEJARS.	ques.	WEISS.
CHAUFFARD.	LETULLE.	QUENU.	
DEJERINE.	MARFAN.	REITERER.	

Secrétaire de la Faculté : CH. PUPIN.

Par délibération en date du 6 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS MORTS.

A MES FRÈRES.

A MES AMIS.

HOMMAGE DE RECONNAISSANCE :

A M. LE PROFESSEUR LABOULBÈNE.

Président de l'Académie de Médecine,

Médecin des Hôpitaux,

Officier de la Légion d'honneur,

*Qui a bien voulu nous faire l'honneur d'accepter
la présidence de notre thèse.*

A NOS MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX :

MM. LES PROFESSEURS AGRÉGÉS

LANCEREAUX, LETULLE. RECLUS et LEJARS

*Pour les grands avantages que nous avons
retirés de leur enseignement.*

A M. LE DOCTEUR VILLEJEAN,

Professeur agrégé à la Faculté,

Pharmacien en chef de l'Hôtel-Dieu,

*Dont la bienveillance et les conseils nous ont
été si utiles pendant tout le cours de nos
études.*



INTRODUCTION



La tuberculose pulmonaire est assurément, de toutes les maladies, la mieux connue dans son étiologie, ses symptômes, son évolution et son anatomie pathologique. Malheureusement elle est aussi une de celles qui désespèrent le plus le médecin. Que peut-il en effet contre elle? Rien ou pas grand'chose.

« Le médecin doit être modeste devant la phtisie, écrit le docteur Pidoux, de l'Académie de médecine. On devrait moins parler de guérison dans le sens rigoureux du mot (quoique nous en comptons un certain nombre) que d'amélioration, de ralentissement, de simplification. »

Bien que désarmé, ou à peu près, celui dont la mission est de guérir ne se renferme pas, en face de la phtisie, dans une philosophique indifférence ; son impuissance même lui est une raison de plus de se passionner pour l'étude de cette maladie dont l'extension toujours croissante corrige terriblement la banalité.

Son extension continue fait donc de la tuberculose pulmonaire, sous quelque forme qu'on l'étudie, un sujet toujours d'actualité, et du plus haut intérêt. Aussi ne croyons-nous pas mériter le reproche que nous faisait, de la façon la plus aimable d'ailleurs, un de nos maîtres dans les hôpitaux, le reproche d'avoir choisi pour sujet de notre travail une question trop connue.

On n'ignore aucune des causes si nombreuses de la phthisie : hérédité, contagion, excès de toutes sortes, affections graves, privation d'air et de nourriture, etc. Les savants sont d'accord pour reconnaître que tout ce qui ralentit la nutrition, tout ce qui débilite l'organisme prépare un terrain favorable à la culture du bacille de Koch. L'accord cesse quand il s'agit de reconnaître à chaque cause sa valeur propre : les uns donnent à l'hérédité une importance que d'autres lui refusent ; et pour certains la contagion est un article de foi, auquel quelques-uns croient à peine. C'est ainsi qu'après avoir inspiré autrefois une thèse dans le but de démontrer la contagiosité de la tuberculose pulmonaire, Lancereaux dit aujourd'hui dans ses leçons : « La fatale année du siège (1871), si propice à ce genre d'observation, loin de confirmer les idées que j'avais alors de la contagion tuberculeuse, ne fit que me rendre plus indécis sur ce point de la science ; et, depuis lors, sur près de 1.500 malades examinés avec le plus grand soin, j'en ai trouvé au plus 23 (12 femmes et 11 hommes) qui me portèrent à croire à la contagion. Or comme le savant doit toujours éviter de conclure d'après l'adage *Post hoc, ergo propter hoc*, pour pou-

voir affirmer que mes 23 sujets ont réellement contracté leur maladie par contamination, il me faut tenir compte de la durée d'incubation puisque cette durée est à peu près constante pour chaque maladie.

L'examen de mes 23 faits montre que la durée d'incubation a oscillé entre un mois et trois ans, et surtout entre cinq et dix mois. On conviendra avec moi qu'un pareil écart n'est pas une garantie de certitude. Sur ce nombre, dix fois le mari paraissait avoir contaminé la femme, onze fois celle-ci son mari, et deux fois son enfant. Ainsi une observation clinique rigoureuse ne parvient pas à établir nettement l'existence de la contagion de la tuberculose chez l'homme. »

Quand la contagion a contre elle des hommes comme Lancereaux, qui font des faits une aussi impeccable analyse, il ne faut pas s'étonner de voir d'autres hommes éminents et de bonne foi, refuser à l'alcoolisme sa part dans l'étiologie de la tuberculose; et, cependant, si quelque chose met l'organisme dans les pires conditions de résistance à l'action bacillaire, c'est bien l'abus des boissons.

Déjà, au siècle dernier, en 1780, Didelot écrivait que la phtisie, très commune dans les Vosges, y tuait quantité de paysans adonnés à l'eau-de-vie; et quelques années plus tard, de Brieuille disait dans sa *Topographie de la Haute-Auvergne* : « L'ivrognerie, parmi le peuple et surtout chez les femmes, est une de ses principales causes..... Leur passion pour le vin et l'eau-de-vie incroyable. » Il faisait même une esquisse exacte du tableau clinique de la tuberculose due au

via : « Leurs phtisies sont *hépatiques* ; on voit leur visage jaune, couperosé ; la toux reste sèche pendant plusieurs années avant de devenir humide et purulente ; leur dégoût pour les aliments est extrême. »

Lorsque Lancereaux, après Didelot, de Brieude, et bien d'autres plus près de nous, a voulu placer l'alcoolisme à sa véritable place, lui donner celle à laquelle il a droit au premier rang des causes étiologiques de la phtisie, il a trouvé des contradicteurs nombreux et ardents. Mais l'alcoolisme a fait de tels progrès, ses ravages sont devenus si effrayants que peu de savants les nient encore. Les excès de boisson font du buveur un candidat, trop souvent élu, à la tuberculose pulmonaire : voilà qui est admis aujourd'hui, à peu près par tout le monde ; mais ce que tous n'admettent pas, c'est que l'origine alcoolique de cette maladie lui imprime un caractère particulier qui la distingue des phtisies d'origine différente.

Nous avons été frappé de ce fait qu'une maladie peut à des causes diverses emprunter des caractères divers, et que l'observation de ces caractères peut être un élément sûr du diagnostic de la cause. Nous nous sommes demandé alors si l'étude de la phtisie due aux excès alcooliques ne nous fournirait pas quelques signes pouvant servir à différencier cette maladie, des phtisies de tout autre origine. Les signes trouvés nous ont paru suffisants pour établir la différenciation. Notre travail a donc pour but non seulement de montrer l'action réelle de l'alcool sur la genèse de la tuberculose pulmonaire, mais d'établir encore que, chez le

buveur, la maladie a un siège de début propre, une forme et une évolution propres.

Cette thèse est le fruit des idées que l'enseignement de M. Lancereaux a semées dans notre esprit. Bien que profondément pénétré de cet enseignement que nous croyons conforme à la vérité scientifique, nous n'avons pas la prétention d'avoir fait un travail exempt d'erreurs et d'inexactitudes; mais nous verrions avec regret imputer à la méthode du maître des erreurs et des inexactitudes imputables seulement à l'inexpérience et au peu de savoir de l'élève qui l'applique.





CHAPITRE PREMIER



Aperçu historique.



On a vu, dans l'introduction, ce qu'écrivaient deux médecins du siècle dernier sur la fréquence de la phtisie chez les gens adonnés au vin ou à l'eau-de-vie.

Dans notre siècle, le médecin suédois, Magnus Huss, n'a pas observé, à coup sûr, ce rapport des excès de boissons avec la tuberculose pulmonaire, puisqu'il prétend que l'alcoolisme est incompatible avec cette maladie. Son opinion est basée sur ce fait, qu'à l'autopsie de sujets réputés alcooliques, il a trouvé des tubercules arrêtés dans leur évolution. Cet arrêt était-il bien dû à l'alcool ? Et ne rencontre-t-on des tubercules desséchés que dans des poumons d'alcooliques ? Cependant Magnus Huss a bien vu, mais, suivant nous, il a mal interprété ce qu'il a vu. Au cours de ce travail,

nous donnerons l'explication très simple de cet arrêt dans l'évolution tuberculeuse, et on verra qu'elle est attribuable non pas à l'alcool, mais à la forme du processus pathologique.

Cette interprétation fautive d'un fait exact a conduit Magnus Huss à recommander l'alcool dans le traitement de la phthisie du buveur. Malheureusement cette thérapeutique, acceptée d'abord par les médecins, s'est vite répandue dans le vulgaire; et c'est avec entrain que beaucoup de gens du peuple tuent le microbe ou *le ver* à coups de verres d'eau-de-vie ou d'absinthe. Mais si les médecins sont revenus de leur erreur, s'ils n'emploient guère plus l'alcool même à dose médicinale, le peuple n'en reviendra pas de longtemps, malgré les désastreux effets des larges doses qu'il s'administre.

Nous n'allons pas jusqu'à nier que, prescrit accidentellement et en petite quantité, l'alcool ne donne de bons résultats dans des cas bien déterminés, puisqu'il produit une excitation, momentanée d'ailleurs. Mais son usage systématique, quotidien, cet usage qui crée l'alcoolisme chronique, loin d'arrêter la maladie, en précipite la marche.

De Magnus Huss, il faut arriver à Bell de New-York (1859) pour voir traitée avec quelque autorité la question qui nous occupe. Le médecin américain est d'un avis diamétralement opposé à celui du médecin suédois et voici les conclusions qu'il formule :

1^o L'opinion que les liqueurs alcooliques ont une influence marquée lorsqu'il s'agit de prévenir les

dépôts tuberculeux ne repose sur aucun fondement solide.

2° Au contraire, l'usage de ces liqueurs prédispose plutôt aux affections tuberculeuses.

3° Toutes les fois que la tuberculose existe l'alcool ne modifie en rien sa marche.

4° Dans aucune période de la maladie il ne modère notablement les effets morbides des tubercules sur l'économie.

La première de ces conclusions est, on le voit, la condamnation de l'alcool comme moyen prophylactique contre la phtisie. Leudet et, après lui, Rabuteau ont pu dire que les buveurs ne *sont* guère phtisiques ; ils n'auraient peut-être pas dit qu'ils ne *deviennent* pas phtisiques. Assurément le buveur, exerçant en général une profession qui nécessite un grand déploiement de force musculaire, est un gaillard robuste dont l'organisme se défend bien et parfois longtemps contre le bacille ; il n'est pas tuberculeux, il le devient.

La deuxième conclusion de Bell est en accord parfait avec la première des nôtres.

Quant à la troisième, s'il faut entendre que l'alcool ne modifie en rien la marche de la maladie *dans un sens favorable*, nous l'acceptons volontiers. Mais il est inadmissible que, sur un organisme déjà malade et se dénourrissant tous les jours davantage, l'alcool n'ait aucune action ; il ne peut pas ne pas avoir sur la muqueuse stomacale cette action qui crée l'anorexie quand elle n'existe pas, et qui l'aggrave quand elle

existe déjà. Il ne peut pas davantage ne pas agir par son élimination ou autrement sur les parties du poumon restées saines. Des deux façons il modifie la marche de la phtisie en l'aggravant.

Si la quatrième conclusion de Bell n'est pas, en d'autres termes, la reproduction de la troisième, elle nous semble quelque peu obscure. Qu'entendre par *les effets morbides des tubercules sur l'économie* ? Le médecin américain croit-il que les tubercules ont sur l'économie une action en rapport avec leur dimension, avec leur nombre ? Pour lui la gravité d'un état morbide dépend-elle de l'étendue de la lésion ? Sans réponse à ces questions, on ne peut faire la critique de la dernière conclusion de Bell.

Après Bell, Lancereaux est l'auteur qui a le plus étudié les rapports de l'alcoolisme avec la tuberculose pulmonaire, en se basant uniquement sur les faits cliniques. « Tout médecin, dit-il, qui se donnera la peine de suivre les alcooliques comme nous le faisons depuis longtemps, ne tardera pas à reconnaître que la plupart de ces malades deviennent tuberculeux.

Le fait est manifeste quand il s'agit d'hommes robustes comme les porteurs aux halles, les charretiers de l'entrepôt des vins et du port de Bercy, qui boivent de 3 à 6 litres de vin par jour, et dont un grand nombre meurent, à un âge peu avancé, de tuberculose du poumon, du péritoine ou des méninges. Il n'est pas moins pour les buveurs d'alcool et pour les buveurs d'absinthe qui, le plus souvent, sont emportés par cette même maladie, tandis qu'ils ne sont qu'excep-

tionnellement atteints par le délire alcoolique. Cette fréquence de la tuberculose est ici facile à comprendre, car les spiritueux exercent sur l'organisme une double action : action de dénutrition par la diminution de l'appétit, action d'irritation pulmonaire par leur élimination. »

Si la leçon clinique, à laquelle appartient cette citation, est de date relativement récente, ce n'est pas à dire pour cela que la doctrine de notre maître soit née d'hier. On la trouve en germe, mais déjà bien nette, dans son article Alcoolisme du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales*, paru en 1864 : « L'abus des liqueurs spiritueuses, dit-il après Bell d'ailleurs, contribue puissamment, au développement de l'altération décrite sous la dénomination de phtisie granuleuse, si toutefois il ne l'engendre complètement au moins dans un certain nombre de cas. »

On ne peut passer sous silence les travaux des docteurs Kranz (de Liège) et Launay (du Havre) qui ont aussi étudié l'alcoolisme en tant que cause de la diathèse tuberculeuse. La réalité de cette cause est, pour ces deux médecins, établie sur des faits indiscutables, faits que leur a fournis leur observation personnelle.

Dans l'appendice aux premières éditions de sa *Pathologie interne*, M. le professeur Jaccoud, après avoir rappelé les opinions de Magnus Huss et de Bell, dit que chez les buveurs la phtisie revêt souvent la forme galopante. Il est naturel d'admettre que M. Jaccoud se range ainsi à l'opinion de Bell.

En résumé, parmi les auteurs qui ont traité la question de l'influence des boissons alcooliques sur la tuberculose pulmonaire, on trouve d'un côté : Magnus Huss, Leudet et Rabuteau, qui nient cette influence, ou plutôt, reconnaissent à l'alcool une influence favorable ; d'un autre côté : Bell, Lancereaux, Kranz, Launay, Jaccoud qui affirment une influence dont les effets sont désastreux. L'opinion de ces derniers est certainement celle de la très grande majorité des médecins, mais les premiers ont encore des partisans pleins de talent et de bonne foi. Aussi avons-nous cru devoir consacrer le second chapitre de notre travail, à prouver, en apportant des faits nouveaux à une démonstration déjà si bien faite, que l'abus des boissons prédispose bien à la tuberculose pulmonaire, qu'il l'engendre dans beaucoup de cas.





CHAPITRE II



Action des boissons alcooliques sur le poumon.



Après ce qui a été dit dans l'exposé historique qui précède, il nous sera facile de montrer brièvement cette action de l'alcool bu avec excès, que ce soit sous forme de vin, d'eau-de-vie ou de liqueur avec essences. Mais avant de poursuivre nous tenons à mettre le lecteur en garde contre une exagération qui n'est pas dans notre pensée : si nous affirmons que les buveurs deviennent tuberculeux, nous n'affirmons pas que tous les buveurs deviennent tuberculeux. On pourra à nos observations opposer des observations contraires ; nous ne les récuserons pas ; mais elles n'auront pour nous que la valeur d'une exception.

Ceci dit, demandons-nous si toutes les boissons prédisposent au même titre à la tuberculose du poumon. Il faut, suivant nous, mettre à part le cidre et la bière. Quoique d'un usage presque aussi répandu que celui

du vin, ces boissons même bues avec excès, ne déterminent rien de comparable aux effets du vin, de l'eau-de-vie ou des liqueurs.

La bière de bonne qualité, dont la teneur en alcool n'est que de 2 à 4 pour cent, ne détermine guère qu'un peu d'embonpoint et des troubles digestifs légers; c'est une boisson à recommander.

Le cidre, qui contient de 4 à 8 pour cent d'alcool peut produire l'ivresse; mais, non falsifié, il détermine rarement d'autres accidents. Il agit heureusement sur la sécrétion urinaire et, à ce titre, on peut chercher à en étendre l'usage.

En raison de l'innocuité de leurs effets, la bière et le cidre sont donc exclus de notre travail. Restent les autres boissons, les coupables, dont nous ferons trois catégories :

Dans la première catégorie : le vin. Nous appellerons tuberculose vinique ou *éthylque*, la tuberculose due aux excès de vin.

Dans la seconde : l'eau-de-vie, le rhum, le cognac, liqueurs désignées communément sous le nom d'alcool. La tuberculose correspondante sera dite *alcoolique*.

Dans la troisième : l'absinthe, le vermouth, lesamers, l'eau de mélisse, le raspail, le vulnéraire, etc., etc., en un mot toutes les liqueurs avec essences. La tuberculose qu'elles déterminent sera dite *habsinthique*, du nom de la plus répandue de ces liqueurs.

A. — TUBERCULOSE ÉTHYLIQUE

Le docteur Launay (du Havre) ne croit pas que l'abus du vin expose à contracter la phtisie : « Cette affection, dit-il, était inconnue dans nos pays vignobles où cependant les ivrognes ne manquent pas, avant l'invasion des produits de toutes couleurs que la spéculation jointe à un mercantisme effréné et sans pudeur jette, au grand dommage de l'hygiène, dans la consommation, non seulement de la classe ouvrière, mais encore des classes aisées (1). »

Tout en partageant l'indignation avec laquelle le docteur Launay flétrit le mercantisme, nous ne partageons pas son optimisme à l'égard du vin, et nous pensons que l'abus du bon vin lui-même peut conduire à la phtisie. Tant il est vrai qu'une abondante et habituelle ingestion de liquide, si excellent soit-il, détermine fatalement de la dyspepsie. La muqueuse de l'estomac infiltrée et épaissie montre que cette dyspepsie du buveur de vin est l'effet, non d'un trouble fonc-

(1) Il n'est peut-être pas hors de propos de rappeler que l'été dernier, un parisien ayant fait analyser par le laboratoire municipal de l'eau-de-vie à 0 fr. 15 le petit verre, prise chez un marchand de vin, et de la fine champagne du prix de 0 fr. 75 le petit verre, prise dans un grand café de la capitale, ces échantillons de provenance si différente furent cependant étiquetés tous deux *Nuisible*.

tionnel du système nerveux, ainsi que cela se voit chez les herpétiques (Lancereaux), mais bien celui d'une lésion matérielle de l'estomac, d'une véritable gastrite. Un estomac ainsi lésé remplit très mal son rôle dans la digestion, et, de ce fait, les grands buveurs ne sont que de petits mangeurs qui ne réparent même pas leurs pertes. Alors toutes les fonctions de leur économie entrent en souffrance; la nutrition est la première atteinte; puis une autre fonction, non des moins importantes, ne tarde pas à être altérée, et il est prouvé, une fois de plus, que l'amour et le bon vin, Vénus et Bacchus, malgré la chanson, ne font pas longtemps bon ménage ensemble.

Que la qualité du vin ait une grande influence sur le déterminisme de ces désordres si graves, cela est indéniable; plus il sera frelaté, plus son action sera sûre et rapide, car les substances avec lesquelles on le frelate semblent provoquer une irritation plus vive de la muqueuse stomacale, et même, croyons-nous aussi, des voies respiratoires. Sans doute, le buveur de vin naturel mettra plus de temps à devenir tuberculeux que le buveur de vin fabriqué par un marchand trop bon chimiste, mais il le deviendra.

Une remarque importante à faire d'ailleurs, et qui nous mettra peut-être d'accord avec le docteur Launay, c'est que cet auteur parle des *ivrognes*. Sont réputés ivrognes, à la ville comme à la campagne, non pas tant les gens qui boivent beaucoup que ceux qui s'enivrent. Ces derniers arrivent rarement à l'intoxication alcoolique, et plus rarement encore à la phtisie. Après

une trop abondante absorption de liquide. leur organisme réagit sans retard avec une énergie que tout le monde a pu constater : à une bruyante loquacité se joint d'abord un certain manque d'équilibre très caractéristique ; puis viennent le hoquet et les vomissements ; l'homme ivre tombe enfin dans un sommeil profond ; on entend de loin sa respiration stertoreuse ; en un mot, c'est un vrai malade aigu. Le lendemain il a, suivant l'expression populaire, mal aux cheveux ; et tout est dit.

Chez le buveur qui s'intoxique et qui va droit à la tuberculose — et c'est celui dont on dit : il supporte très bien la boisson, — chez celui-là rien de pareil. Il arrive à ingérer des quantités énormes de vin, sans être incommodé d'une façon sensible ; il n'en souffre pas — pour le présent du moins — ni sa réputation non plus : on ne le voit jamais ivre, titubant par les chemins, il n'est donc pas un ivrogne. Et cependant, c'est lui le vrai buveur, celui que l'alcoolisme et la phtisie guettent, celui qui ne leur échappera pas. Aussi pourrait-on lui répondre fort justement, lorsqu'il nie ses excès, sous le fallacieux prétexte qu'il n'est jamais saoul : « Il vaudrait mieux pour vous que vous le soyez quelquefois. »

Cette remarque faite, nous concluons que le vin, quel qu'il soit, prédispose à la phtisie ; et à l'appui de cette affirmation nous donnons les observations suivantes empruntées aux leçons de clinique médicale de Lance-reaux.

OBSERVATION I (1).

Au numéro 14 de la salle Piorry, est couché un malade qui offre un cas rare d'intoxication pure par le vin. C'est un tonnelier âgé de 31 ans, qui depuis 10 ans boit de 4 à 5 litres de vin dans la journée.

Il y a plusieurs années déjà qu'il se plaint d'insomnie, de cauchemars, de rêves terrifiants ; il vomit chaque matin, dès qu'il descend de son lit, un liquide épais, glaireux, parfois verdâtre ; et un soulagement immédiat succède à cette piteuse quotidienneté.

Les lèvres et les muscles de la face sont agités d'un mouvement fibrillaire bien marqué, lorsque le malade parle ou rit ; sa langue présente de petits mouvements vermiculaires qui se dirigent de la pointe vers les bords.

L'œil est vif, brillant, humide ; les pommettes colorées, sont sillonnées de grosses varicosités bleuâtres ; le nez, large et épaté, est de couleur lie de vin.

Ce qui inquiète notre homme en ce moment, et ce qui le pousse à réclamer nos soins, ce sont les douleurs atroces qui

(1) Dans cette observation et dans les suivantes sont notés les désordres du système nerveux, quoique les désordres pulmonaires aient seuls trait à notre sujet. Nous donnons le tableau complet des effets du vin, quelque localisation qu'ils affectent, parce que retrancher un seul trait à la physionomie clinique du buveur pourrait en fausser l'expression.

De plus, nos observations, bien que placées après tel ou tel chapitre conservent leur valeur démonstrative pour les propositions énoncées dans les autres chapitres.

s'emparent de lui pendant la nuit et qui le forcent à quitter son lit. Il les compare à une langue de feu qui lui lécherait les orteils et la plante des pieds et remonterait jusqu'aux genoux ; d'autrefois la douleur est semblable à celle que produirait une vrille s'enfonçant dans les chairs et perforant les os. Toutes ces sensations pénibles ont cédé à l'emploi du chloral et de la morphine à dose massive, et le malade est très soulagé à ce point de vue.

Malheureusement, les excès de vin, en diminuant l'appétit, ont préparé le terrain à la tuberculose. Depuis six mois, le malade tousse et maigrit ; il y a huit jours il a craché un verre de sang.

Le sommet du poumon droit, en arrière, est mat, il résiste sous le doigt et l'on y perçoit des craquements secs au moment de la toux.

OBSERVATION II

Au n° 45 de la salle Piorry (Hôpital de la Pitié) est couché un autre malade, grand buveur de vin depuis l'âge de 20 ans. Il est camionneur.

Il présente tous les signes de l'intoxication éthylique, à savoir : pituites, crampes, fourmillement aux extrémités, cauchemars, tremblements, etc.

Depuis six mois il tousse, maigrit et crache du sang. Il a perdu ses forces, et c'est là la raison qui l'engage à se faire soigner.

L'auscultation du thorax montre un ramollissement complet du sommet du poumon droit, avec infiltration de toute la partie inférieure de l'organe. Les lésions sont très peu accentuées à gauche.

Le foie déborde les côtes de quatre travers de doigt ; il est induré uniformément, non bosselé, indolore à l'exploration. La rate a 16 centimètres sur 24. Le malade est depuis plus d'un mois dans nos salles, et l'augmentation de volume de ces deux organes s'est quelque peu modifiée sous l'influence du traitement.

OBSERVATION III

Le nommé L... Pierre, âgé de 37 ans, exerce aussi la profession de camionneur. Il boit en moyenne 4 litres de vin par jour mais peu d'alcool et de liqueurs.

Il se trouve atteint comme les deux autres, d'une augmentation de volume du foie, qui est considérable. Cet organe n'est pas douloureux quand on le percute ; et il est uniformément induré. La rate est fortement tuméfiée.

Le malade est soigné pour une tuberculose pulmonaire. L'auscultation de la poitrine révèle au sommet du poumon droit de la matité et un bruit de gargouillement ; à gauche on constate de l'obscurité du son et une diminution du murmure respiratoire.

Ces trois observations nous paraissent suffisamment probantes. Les hommes qui en font le sujet étaient tous trois de robustes ouvriers : leur profession l'indique. Donc pas de tare originelle. De par leur profession on encore éliminer deux causes, les plus communes peut-être de la phthisie, le défaut d'aération et la sédentarité. Comment ce tonnelier et ces camionneurs sont-ils devenus tuberculeux ? Par le vin.

Il est juste de dire que les cas de tuberculose du

poumon, ayant l'abus du vin seul pour origine, sont extrêmement rares, ou mieux, rarement observés. A cela il y a plusieurs raisons. D'abord, c'est surtout dans les pays vignobles, à la campagne, que l'on boit du vin avec excès ; et les tuberculeux y échappent à l'observation rigoureuse du médecin qui ne peut pas ou ne veut pas se donner la peine de noter les faits. Parmi les buveurs de la ville, beaucoup d'ailleurs originaires des pays vignobles et assez fortunés pour faire venir le vin chez eux, ne sont pas clientèle d'hôpital. Quant à ceux qui font un usage immodéré de vin débité sur le comptoir, et qui plus tard viendront peupler nos hôpitaux, ceux là ne s'en tiennent pas à une seule boisson. Après avoir bu plusieurs demie-setiers, ils boiront, pour changer, un certain nombre de petits verres de rhum ou de cognac ; ce qui ne les empêchera pas de prendre ensuite une, deux et même trois absinthes ; de sorte que leur tuberculose ne peut, sans injustice, être mise sur le compte du vin exclusivement. Il ne reste donc comme buveurs de vin seul ou à peu près, sujets possibles d'observation, que les tonneliers, camionneurs, employés à l'entrepôt des vins, tous ceux, en un mot que leur profession met à tout instant à côté du liquide tentateur. Aussi n'est-ce que parmi eux, à Paris, que l'on peut observer des cas purs.

Il faut reconnaître aussi que les buveurs de vin sont moins prédisposés à la phthisie que les buveurs d'alcool. Mais malheureusement pour eux, et par compensation pourrait-on dire, s'ils deviennent plutôt cirrhotiques (Lancereaux), il est assez commun d'observer

chez eux la coïncidence des deux affections : cirrhose et phtisie.

Cette coïncidence existerait dans le quart des cas environ, et la localisation bacillaire aurait alors de la tendance à se faire non seulement dans les poumons, mais encore dans le péritoine et les méninges. Le bilan des buveurs de vin peut donc s'établir ainsi : moins de chances que les autres buveurs de devenir tuberculeux ; plus de chances de devenir cirrhotiques ; une chance sur quatre d'être à la fois cirrhotiques et tuberculeux, et dans ce dernier cas, en même temps que la phtisie du poumon, présenter de la méningite et de la péritonite tuberculeuses. En somme situation peu enviable, même comparée à celle des buveurs d'alcool pur ou d'absinthe.

b. — TUBERCULOSE ALCOOLIQUE

Nous nous sommes étendus un peu longuement sur la démonstration de la tuberculose éthylique, parce qu'elle est niée par ceux là même qui reconnaissent le plus volontiers l'existence de la phtisie due à l'alcool ou à l'absinthe. Assurément la phtisie alcoolique est autrement fréquente ; mais, si elle est plus généralement reconnue, elle le doit aux cas nombreux que l'on observe tous les jours dans les services hospitaliers.

Ce que nous avons dit de la tuberculose éthylique est vrai pour l'alcoolique : les cas absolument purs en sont très rares. Les buveurs d'eau-de-vie, de

cognac ou de rhum n'excluent ni l'absinthe, ni le vin, de leur régime ordinaire. Toutefois, dans quelques cas, les spiritueux l'emportent sur les autres boissons au point qu'ils priment tout, et qu'on peut négliger le reste. Les observations qu'on va lire nous paraissent appartenir à ces cas.

OBSERVATION IV

P..., âgé de 45 ans, porteur aux halles, est un individu fort et bien constitué, n'ayant aucun souvenir de maladies de poitrine dans sa famille.

Il travaille aux Halles depuis plusieurs années, passe souvent les nuits et s'adonne aux liqueurs fortes ; aussi a-t-il depuis longtemps des pituites le matin et du tremblement. Bien portant jusqu'à ces derniers jours, il se dit malade pour avoir porté un poids assez lourd à un étage un peu élevé.

Admis le 11 mars à l'Hôtel-Dieu, salle S^{te}-Jeanne, ce malade est amaigri, il tousse et se plaint d'une dyspnée assez vive, cependant on ne constate qu'un léger degré d'obscurité du son au sommet des poumons et quelques râle humides vers les bases ; peu ou point d'expectoration.

Le pouls petit, irrégulier, tendrait à faire croire que le cœur est lésé ; mais à l'auscultation les deux bruits sont bien frappés et normaux.

L'abdomen est météorisé et les veines sous-cutanées sont un peu dilatées, surtout à droite.

Avec le repos l'état de la respiration s'améliore, mais la toux persiste. Survient une diarrhée qui affaiblit le malade.

Cet état dure plusieurs jours, et quoique le malade n'accuse

aucune sensation douloureuse, il n'en a pas moins les traits profondément altérés par suite de son affaiblissement progressif.

La respiration et la circulation s'accélèrent, le tremblement des lèvres et des membres s'accroît, la langue se sèche, il y a de l'agitation et des rêvasseries ; enfin la mort survient le 23 mars.

Autopsie. — Une sérosité jaune, citrine et peu abondante, se trouve épanchée dans la cavité abdominale. Quelques anses intestinales sont soudées par des fausses membranes peu anciennes, recouvertes de granulations miliaires, blanchâtres ; semblables granulations existent sur les anses intestinales.

Le foie volumineux, de teinte jaunâtre présente aussi des granulations tuberculeuses. Celles-ci se retrouvent encore à la surface de la rate, mais non dans les reins.

Dans les poumons où les granulations sont abondantes, fermes et grisâtres, elles infiltrent la plus grande partie du parenchyme, les organes, congestionnés et pigmentés sur plusieurs points, ont un certain nombre de leurs lobules affaissés et carnifiés (atélectasié), vers les bases principalement.

OBSERVATION V

R... F..., dès l'âge de 20 ans, s'est mis à boire dans son pays, Villersexel ; il prenait surtout du vin blanc ou rouge, rarement de l'eau-de-vie.

Il habite depuis 18 ans Paris où il a toujours exercé le métier de cocher. C'est depuis ce temps qu'il s'adonne de préférence à l'eau-de-vie, dont il consomme environ trois petits verres le matin ; il en prend aussi après son café.

Il ne se plaint pas d'avoir jamais eu la poitrine malade. Il

prétend avoir reçu au printemps dernier une contusion au côté gauche, à laquelle il attribue la maladie qui l'amène à l'hôpital.

Le 14 février, jour de son entrée, il présente une maigreur considérable, une atrophie de tout le système musculaire.

L'abdomen est arrondi, globuleux, les veines sus-ombilicales sont très dilatées comme aussi les capillaires de la paroi abdominale, ascite très prononcée qui nécessite une ponction le 16°. L'hydropisie s'étant reproduite, nouvelle ponction le 23.

Le malade a de la fièvre depuis un ou deux jours et il s'éteint dans la matinée.

Autopsie — Le thorax ouvert, on trouve une tuberculose pulmonaire double. Les poumons présentent une pigmentation abondante ; les deux sommets sont le siège de granulations tuberculeuses pigmentées, beaucoup sont crétacées.

Le cœur est légèrement hypertrophié, peu chargé de graisse sans altérations valvulaires ; il présente quelques petites plaques laiteuses sur sa face antérieure.

Le foie présente une cirrhose à gros grains ; dans l'épaisseur du lobe droit on trouve quelque chose qui ressemble à de l'adénome, un amas de taches vertes ; la branche correspondante de la veine porte est oblitérée.

L'estomac est le siège d'une tumeur saillante, pédiculée du volume d'un œuf et de deux autres tumeurs plus petites, de la grosseur d'un haricot : toutes trois se rattachent à l'épithélioma.

OBSERVATION VI

F.. B., né en Normandie, y est resté jusqu'à l'âge de 25 ans ; dans son pays, il a bu pendant longtemps du cidre et de l'eau-de-vie.

Arrivé à Paris, où il exerce la profession de charretier, il se mit à prendre de 4 à 6 sous d'eau-de-vie jaune, le matin à jeun. Souvent dans la journée, il en absorbait encore et il accompagnait toujours son café d'un verre d'eau-de-vie.

Il n'a jamais fait de maladie ; mais il se plaint de n'avoir pas grand appétit depuis 20 ans ; il en a aujourd'hui 42.

Depuis un an il tousse, maigrit et voit ses forces s'affaiblir.

Le 3 octobre, jour de l'entrée du malade à l'hôpital, la poitrine offre une sonorité normale en avant et en arrière, mais à la base gauche, on perçoit une crépitation superficielle et fine.

On compte 84 pulsations à la minute.

L'abdomen est développé et les veines sus-ombilicales dilatées. On ne peut sentir le foie à cause des gaz de l'intestin.

Le 6 octobre une ponction donne 10 11 litres de liquide. Le 11, l'hydropisie s'est déjà reproduite et le malade, pris de vomissements, meurt le lendemain.

Autopsie. — Le poumon droit adhère par son sommet au thorax, sa base est indurée et pigmentée ; il présente à la coupe des traces de tubercules, les uns pigmentés, les autres caséux et en même temps que des groupes de granulations arrêtées dans leur évolution. Les ganglions lymphatiques sont transformés en matière noire pigmentaire. Le parenchyme est congestionné, pigmenté par taches très serrées dans la plus grande partie de son étendue.

Le poumon gauche présente à peine quelques traces de tubercules, et les autres caractères du poumon droit.

Le foie est granulé à sa surface, à peu près dans toute son étendue ; son tissu, très dur, présente à la coupe les lobules hépatiques considérablement atrophies et ayant un grand nombre de points pigmentés.

Le péritoine pariétal présente, surtout au niveau des flancs, de fines granulations grisâtres tuberculeuses.

Le cœur est le siège en avant d'une belle plaque laiteuse.

Dans les trois observations qui précèdent, pas plus que dans les trois premières, la véritable cause de la maladie n'est douteuse.

Pas de tare héréditaire du côté des organes thoraciques chez aucun des trois sujets ; ils sont arrivés à l'âge adulte avec une santé robuste puisqu'elle leur a permis d'exercer individuellement les professions de porteur aux Halles, cocher, charretier, métiers qui nécessitent une grande dépense de force physique.

La sédentarité et la vie dans un air impur ou insuffisant, se trouvent éliminées du même coup.

La contagion ? Ces trois malades vivaient seuls.

Peut-être pour un seul, le premier, pourrait-on à la rigueur faire entrer en ligne de compte le surmenage physique, puisqu'il passait souvent les nuits. Tout en reconnaissant que ce surmenage a pu précipiter la marche de la maladie, nous ferons remarquer que ce n'est pas lui qui a intoxiqué le malade, et les signes d'intoxication alcoolique qu'il a présentés ne laissent aucun doute sur l'origine de sa tuberculose.

Ces signes ont été notés chez les trois malades : fort heureusement d'ailleurs, car si l'on n'avait que leurs aveux d'excès d'eau-de-vie on ne pourrait sûrement conclure à l'alcoolisme, et de l'alcoolisme à la tuberculose ; chacun sait, en effet, combien il faut se défier des renseignements donnés par les malades ; mais la pituite matinale, le tremblement des lèvres et des mains, les crampes et les douleurs fulgurantes dans les jambes sont des témoignages non suspects. Il faut donc se rendre à l'évidence et reconnaître que si ce

porteur aux Halles, ce cocher, ce charretier sont devenus tuberculeux, c'est par l'alcool seul.

C. — TUBERCULOSE ABSINTHIQUE

Plus que le vin et autant que les spiritueux, les liqueurs de notre troisième catégorie engendrent la tuberculose du poulmon. Au premier abord, il semble extraordinaire de rapprocher les effets du vin et des spiritueux et ceux de l'absinthe, du vermouth, des amers, du vulnéraire, de l'eau de mélisse, du raspail, etc., etc. Ces liqueurs paraissent si différentes des liquides des deux premières catégories ! Il suffira de remarquer que ces boissons de composition si variée ont toutes un élément commun, l'alcool. C'est l'alcool qui, aussi bien dans les liqueurs avec essence que dans le vin et les spiritueux, est le principal agent de la phtisie : d'où, sur le poulmon, action identique de tous ces produits.

Leur différence s'accuse surtout dans leur action sur les autres organes de l'économie. C'est ainsi, nous l'avons vu, que la gastrite et la cirrhose hépatique sont particulières au vin, et dans les cas d'excès de vin, ces affections sont au premier plan du tableau clinique, où de Briéude les avaient bien vues. Quand on les rencontre chez les buveurs d'eau-de-vie, comme dans les observations IV, V et VI, les phénomènes nerveux leur disputent le premier rang. Ces derniers phénomènes,

dans l'abus des liqueurs avec essence, s'installent tapageusement à la première place.

Lancereaux, avec sa remarquable sagacité de clinicien a nettement distingué les unes des autres les intoxications par le vin, par l'alcool et par l'absinthe ou liqueurs similaires ; et il attribue la différence de leurs effets aux essences que ces liqueurs contiennent. Cette différence se traduit dans le système nerveux ; mais sur l'appareil respiratoire on n'a pu faire la distinction des effets de l'eau-de-vie et de l'absinthe. Les troubles gastriques eux-mêmes, dus à l'absinthe, ne diffèrent pas de ceux rencontrés chez le buveur de vin ou d'eau-de-vie.

Donc vin, spiritueux et liqueurs avec essences ont sur le poumon une action toujours comparable à elle-même. Ceci dit, revenons à la tuberculose absinthique. Les cas purs sont encore plus rares que les cas éthyliques et que les alcooliques. Cette rareté grande ne donne que plus de valeur aux trois observations qui suivent :

OBSERVATION VII

Au numéro 26 bis de la salle Piorry se trouve un nommé R.... Nicolas, âgé de 43 ans, exerçant la profession de mégis-sier.

Stature élevée. Système osseux développé.

Fils d'un père buveur de vin et d'une mère nerveuse, ce malade a contracté l'habitude de l'absinthe en Afrique. Là, il se

serait livré à de vraies orgies, buvant jusqu'à un demi-litre par jour de cette liqueur ; et il absorbe encore quotidiennement 4 ou 5 verres d'absinthe.

Depuis longtemps il a des crampes la nuit, des cauchemars et des pituites le matin. Il éprouve de violentes douleurs dans les membres.

Il tousse depuis un an ; cet homme, des plus robustes, a perdu l'appétit, et maigri depuis trois mois de telle sorte que si l'on passe rapidement la pulpe du doigt sur son thorax, les muscles se soulèvent et font la corde.

L'œil est fixé, brillant et humide, les pommettes colorées, le front couvert de sueur. Dès qu'il parle les muscles de la face sont agités de fines trémulations.

L'exploration de la sensibilité cutanée montre qu'il existe une hyperalgésie excessive dans toute l'étendue des membres inférieurs et dans la région de l'hypogastre.

Notre malade éprouve la nuit dans les mollets des crampes douloureuses, et des sensations de brûlures et de déchirement profond aux pieds.

Tous les matins, au saut du lit, il est pris de vertiges, il chancelle et tomberait s'il ne s'appuyait sur une chaise. Puis il a une nausée et vomit une cuillerée d'un liquide glaireux et épais. Dès que la pituite s'est produite, il est soulagé et peut facilement vaquer à ses occupations.

Aujourd'hui, il présente les signes d'une tuberculose avancée ; le sommet du poumon droit offre une matité complète, et par l'auscultation, on y perçoit du gargouillement.

OBSERVATION VIII

Au n° 4 de la salle Lorain est couchée une femme de 35 ans,

A. ... 5

Victoire A..., couturière, atteinte de tuberculose, et qui est un type complet d'absinthisme.

Réglée à 16 ans, mariée à 21, elle a eu trois enfants dont l'un mort à 20 mois de méningite tuberculeuse. Depuis 3 ans environ, elle boit en moyenne deux absinthes par jour et souvent aussi un petit verre de vulnéraire.

Elle tousse depuis 6 mois, et depuis ce moment sa santé a toujours été chancelante. Elle se présente à nous l'œil triste, pâle, les traits tirés.

L'hyperalgésie cutanée est extraordinaire : à peine frote-t-on du bout des doigts la face interne de ses jambes qu'elle se retire violemment, enfonçant la tête sous son oreiller et courbant son tronc en arc de cercle. Cette hyperalgésie se rencontre aux membres supérieurs, à l'abdomen, au thorax, partout avec la même netteté.

Elle éprouve aussi des élancements douloureux, des fourmillements et des picotements dans les pieds ; il lui semble que des milliers d'épingles traversent ses orteils. L'engourdissement de ses membres est parfois tel qu'elle ne les sent plus dans son lit.

Elle se réveille souvent la nuit en sursaut et en sueur, à la suite de rêves terrifiants.

Elle a des pituites matutinales qu'elle calme par l'ingestion d'un verre de vulnéraire.

Elle n'a pas d'appétit ; la viande lui répugne, et elle vomit ses aliments à la suite d'une quinte de toux.

Les lésions du poumon sont déjà fort avancées, et l'on constate la présence d'une grosse caverne sous la clavicule droite.

OBSERVATION IX

Une femme de 50 ans, fortement constituée, d'un embonpoint notable est admise dans le service de M. Lancereaux le 2 février 1892.

Cette malade offrait une sorte de névralgie généralisée, avec hyperalgésie prononcée et symétrique des extrémités, et une paralysie des membres, rendant impossible la station debout et l'obligeant à garder le décubitus dorsal.

L'appétit était à peu près nul et la langue ordinairement sèche le matin; quelques vomissements pituiteux survenaient au réveil.

Il n'existait aucun bruit anormal au cœur.

La respiration était partout normale sauf au sommet du poumon droit où une légère matité, avec perte d'élasticité, indiquait un certain degré d'induration parenchymateuse.

Les caractères de ces désordres, rapprochés de l'affaiblissement intellectuel, des cauchemars, des réveils en sursaut, du tremblement des lèvres, ne pouvaient laisser de doute sur l'existence d'une intoxication par excès de boisson, mais l'excessive hyperalgésie conduisit à penser que cette intoxication n'était pas le fait d'un alcool ordinaire, mais plutôt d'une liqueur renfermant des essences, telle que l'absinthe, le vulnéraire etc.

Un externe, chargé de suivre la malade, voulut bien, se rendre au domicile que celle-ci avait habité, afin d'y recueillir des renseignements exacts. Là, il apprit des locataires de la maison, des marchands de vin les plus proches, et principalement des voisins et voisines, que cette femme avait depuis de longues années des habitudes d'intempérance très avérées. Elle prenait volontiers du vin; mais sa boisson favorite était « le vulnéraire » ;

elle faisait aussi un grand usage de « l'eau de mélisse » : elle était toujours munie d'une certaine fiole que connaissaient ses intimes, et qu'elle vidait et remplissait plusieurs fois par jour.

Le 18 février, elle fut prise d'un érysipèle, et succomba le 24 dans un profond coma.

L'examen du cadavre permit de constater l'existence de lésions manifestement liées à l'abus de boissons alcooliques : la membrane muqueuse de l'estomac est ardoisée et couverte de plaques rouges. Le cœur est chargé de graisse ; ses parois sont minces, jaunes et friables.

Les poumons sont le siège d'adhérences avec induration scléreuse du sommet droit.

Plusieurs des nerfs cutanés et musculaires des membres inférieurs sont le siège d'une névrite segmentaire. Quelques-uns des muscles des jambes, amincis, sont de teinte pâle et jaunâtre.

Dans les centres nerveux, il n'existe aucune lésion pouvant rendre compte des phénomènes observés.

Le vin ni l'eau-de-vie n'ont rien à voir dans les trois observations qui précèdent. L'absinthe, dans la première, l'absinthe et un peu de vulnéraire dans la deuxième, enfin, le vulnéraire et l'eau de mélisse dans la troisième, doivent seuls être incriminés. Absinthe, vulnéraire ou eau de mélisse, ce sont des liqueurs avec essence qui ont déterminé la tuberculose du poumon.

Bien que fils d'un père buveur de vin, R. Nicolas n'est pas suspect de tuberculose héréditaire. Au contraire ; sa taille élevée, et le développement de son système osseux autorisent à dire qu'il était d'une robuste constitution que seuls les excès d'absinthe

ont pu affaiblir. On ne peut non plus mettre la maladie sur le compte de la profession, car la profession de mégissier n'a rien d'insalubre, et ne s'exerce pas ordinairement dans des milieux dont l'aération est défectueuse. Restent donc les abus d'absinthe ; et il y a d'autant moins à hésiter à les rendre responsables du mal tuberculeux, que les accidents nerveux qu'ils ont produits, soulignent, affirment l'origine absinthique de la tuberculose.

La femme qui fait le sujet de l'observation VIII ne buvait en moyenne que deux absinthes par jour, auxquelles elle ajoutait de temps en temps un petit verre de vulnérable. C'est peu, en comparaison du demi-litre d'absinthe absorbé par le précédent, et l'effet, sur l'appareil respiratoire est cependant le même, plus accusé peut-être. C'est qu'ici le poison n'agit pas sur l'organisme d'un homme vigoureux, mais sur l'organisme délicat d'une femme, et de ce fait, l'intoxication elle-même se traduit aussi par des désordres nerveux bien plus intenses. Mais, pour s'en tenir aux seuls désordres pulmonaires, il faut reconnaître qu'ils peuvent être pour une part l'effet de la sédentarité professionnelle ; de plus, le métier de couturière s'exerce généralement dans des ateliers encombrés et mal aérés, de sorte qu'on pourrait hésiter dans ces cas à affirmer l'origine absinthique de la maladie.

Mais ce qui ôte toute hésitation, c'est la constatation de désordres plus graves à droite, où l'auscultation révèle l'existence d'une grosse caverne sous la clavicule. L'importance et la valeur diagnostique du siège de

la lésion à droite, au début, seront étudiées dans un des chapitres suivants.

L'observation IX offre un cas intéressant, en ceci que la tuberculose est due à des liqueurs que les femmes surtout prennent volontiers. Le vulnéraire et l'eau de mélisse sont réputée, dans le public féminin, liqueurs inoffensives et plutôt bienfaisantes, dont l'abus ne peut entraîner aucune conséquence fâcheuse. L'innocuité et les bienfaits de ces liqueurs se trouvent tout au long décrits dans cette remarquable observation.

La femme qui en fait le sujet, n'a pu donner de renseignements sur ses antécédents. Mais il y a tout lieu de croire que les antécédents héréditaires étaient bons, attendu qu'elle était fortement constituée. Sa profession ne devait pas être sédentaire ; car, dans la sédentarité se développent rarement des corpulences pareilles à la sienne ; c'était sans doute une de ces marchandes des quatre saisons, à la face rouge, à la voix sonore, dont une charpente solide porte des masses de chair et de graisse. La cause du mal est donc autre que l'hérédité et la sédentarité ; elle n'est, et ne peut être que l'absinthisme ou abus des liqueurs avec essences. A cet abus reviennent les lésions pulmonaires, tout aussi évidemment que les lésions de l'appareil nerveux. Comme dans le cas précédent, les lésions du poumon ont commencé à droite, puisqu'à l'autopsie le sommet de ce côté présentait de l'induration scléreuse, tandis qu'au sommet gauche, on ne constatait que des adhérences. Ce fait de la lésion, débutant à droite, crée pour nous une certitude de l'origine du mal.



CHAPITRE III



Siège de début de la tuberculose pulmonaire chez les buveurs.



Pour le docteur Garaudeaux, dont nous avons cité le travail qui date de 1878, la tuberculose chez les alcooliques ne diffère pas de la phtisie ordinaire *quant à son siège le plus habituel*. Ce n'est que l'année suivante que le fait de cette différence de siège est énoncé, pour la première fois, par un autre élève de Lancereaux, le docteur G. d'Hotel : une annotation aussi brève que timide, tout au bas d'une page : « Dans la plupart des cas d'alcoolisme, nous avons vu les tubercules débiter à droite. » Et c'est tout.

La thèse du docteur G. d'Hôtel visait à prouver qu'entre la sédentarité et le début à gauche des lésions tuberculeuses, il y a relation de cause à effet. « Il n'y a pas à formuler, y lit-on, nne loi sur les localisations à gauche ; mais n'est-on pas frappé au premier abord par ces lésions dont le siège, la marche, les symptômes sont presque analogues, en même temps qu'on peut les rattacher à des causalités similaires ? Notre travail a eu pour but de noter simplement ce fait. »

Ces paroles peuvent s'appliquer à notre thèse dont le but n'est pas, non plus, de formuler une loi absolue, mais d'établir seulement qu'entre l'alcoolisme et le début à droite des lésions tuberculeuses, il y a relation de cause à effet.

Lancereaux professe aujourd'hui que chez le buveur la localisation anatomique se présente avec des caractères distincts de ceux que l'on observe chez les sédentaires vivant dans un air confiné ; que chez les premiers cette localisation s'établit au sommet droit et s'étend en arrière plus qu'en avant ; que chez les derniers elle se montre au sommet gauche et en avant.

Voilà la règle que nos observations confirment ; elle comporte sans doute des exceptions, mais ces exceptions sont trop peu nombreuses pour prévaloir contre elle.

Pourquoi, au début, cette élection du sommet droit chez le buveur ?

Avant de donner de ce fait l'explication qui paraît la plus vraisemblable, nous tenons à déclarer qu'admettant volontiers que, par exception, chez les buveurs,

la tuberculisation peut débiter à gauche, nous admettons encore plus volontiers que toutes les tuberculoses du sommet droit ne sont pas d'origine alcoolique. Il résulte en effet des observations de phtisie héréditaire recueillies par notre maître dans le cours de sa longue carrière hospitalière et qu'il a bien voulu nous permettre de compiler, il résulte, disons-nous, que, chez les tuberculeux héréditaires, la lésion, au début, se localise le plus souvent à droite. L'analyse des mêmes observations montre que ces derniers tuberculeux sont, pour la plupart, des fils d'alcooliques. Mais, semblable à la phtisie des buveurs par sa localisation au début, la tuberculose héréditaire s'en distingue nettement par des caractères d'évolution qui seront indiqués en temps et lieu.

La tuberculose alcoolique débute le plus habituellement à droite parce que les buveurs se recrutent le plus habituellement parmi des hommes ou des femmes exerçant des professions masculines : charretiers, maçons, forgerons, employés aux halles, crieurs, marchands et marchandes des quatre saisons, etc., etc. Dans toutes ces professions, l'activité est grande, et le travail musculaire considérable ; elles exigent beaucoup de force à dépenser, et même du surmenage physique. Alors on demande à l'alcool l'excitation momentanée qu'il procure : on boit, « c'est le métier qui veut ça ».

Que de fois nous a été faite cette réponse par ceux à qui nous demandions pourquoi ils buvaient avec excès. « C'est le métier qui veut ça ! » Et il ne se con-

tente pas de vouloir qu'on boive, le métier, il désigne même le genre de boisson auquel il faut s'adonner.

Aux hommes de peine, aux marchandes au panier, aux ouvriers de la rue, il fait boire de l'eau-de-vie ou de l'absinthe ; aux camionneurs, aux tonneliers, aux employés de Bercy et de l'Entrepôt, il fait boire du vin ; aux employés de bureau, aux garçons de cafés et autres gens que leurs occupations tiennent enfermés, aux femmes surtout (Observations VIII et IX), il fait boire des liqueurs avec essence, vermouth, eau de mélisse, vulnérable.

Après avoir constaté que les gens à profession active, à dynamique accentuée, sont plus que d'autres portés aux excès, il faut rechercher pourquoi chez ces gens-là, qu'ils boivent d'ailleurs ou qu'ils ne boivent pas, la tuberculose débute à droite plutôt qu'à gauche. En présence d'un individu tuberculeux à droite, il ne suffit pas de dire : « Il est tuberculeux à droite, parce qu'il exerce telle profession », il faut prouver que l'exercice de la profession peut influencer le début de la maladie quant au siège, et montrer comment s'exerce cette influence.

Nous avons énuméré plus haut quelques professions à vie physique intense, en remarquant que les tuberculeux à droite se recrutaient surtout chez elles. Qui dit vie intense, dit nutrition plus active, échanges de toute nature plus fréquents et plus rapides. Or, parmi les fonctions qu'accélère le mouvement, la respiration est assurément la première. Le mouvement augmente le volume de l'air expiré, et, par conséquent, la capacité

respiratoire. Si on représente par 1 le volume d'air expiré dans le décubitus dorsal, on aura pour les diverses positions ou états (Beaunis):

Décubitus dorsal...	1.00	Marche lente.....	1.90
Station assise.....	1.18	Marche rapide...	4.00
Station debout....	1.33	Course.....	7.00

Ce tableau montre que, dans la marche même lente, l'air expiré est presque le double de l'air expiré dans le décubitus dorsal, les échanges gazeux deux fois plus considérables; ces échanges doublent encore dans la marche accélérée et augmentent jusqu'à devenir 7 fois plus grands dans la course.

Quand à la marche s'ajoute l'exercice violent des membres supérieurs, on voit quel chiffre élevé est susceptible d'atteindre l'échange, à travers le poumon, de l'oxygène et de l'acide carbonique. Encore, à l'action qu'exerce sur l'organe respiratoire un passage accru dans de telles proportions, convient-il d'ajouter l'action produite par l'élimination de l'alcool. Car il est probable que c'est cette dernière action qui, concurremment avec la gastrite, engendre la tuberculose chez les buveurs.

C'est donc dans l'étude de la fonction respiratoire et de son organe, le poumon, qu'il faut chercher l'explication que l'on a demandée en vain à toutes les données étiologiques et pathogéniques de la tuberculose. Les raisons de la localisation au sommet droit paraissent être à la fois d'ordre anatomique et d'ordre physiologique.

L'anatomie montre en effet des différences notables entre les deux bronches, sous le rapport et du diamètre et de la longueur. Est-il besoin de rappeler en passant que le poumon droit a un lobe de plus que le gauche? Outre cela, le poumon gauche a une bronche plus longue — 5 centimètres et demi — et plus étroite d'un tiers. Le diamètre de la bronche droite est sensiblement égal à celui de la trachée (2 centimètres) mais sa longueur n'est que de 2 centimètres et demi. En moins : 3 centimètres. La bronche droite se compose de 6 à 8 arceaux cartilagineux, et la gauche de 9 à 12. De plus cette dernière se dirige plus obliquement, pour pénétrer dans le poumon en un point plus inférieur. Ainsi longueur, diamètre et direction concourent à faire du poumon droit un organe anatomiquement autre que le poumon gauche.

Cette anatomie dissemblable ne doit servir qu'à une fonction physiologique dissemblable, non dans sa nature, mais dans son activité; l'étude de la physiologie des deux pōumons vérifie cette proposition.

La physiologie nous enseigne, en effet, que la fonction respiratoire, servie à droite par un organe anatomiquement plus parfait et plus complet puisqu'il a un lobe de plus, est plus active qu'à gauche; et, l'auscultation confirme que le murmure vésiculaire, expression de la fonction, est plus accentué à droite qu'à gauche. Un mécanisme qui fonctionne plus qu'un autre s'use davantage : c'est ainsi, que, chez les gens à profession active, le poumon droit surmené se fatigue, s'épuise et devient *locus minoris resistentiæ* pour le

bacille; tandis que le gauche, dont le travail est accru sans doute, mais pas exagéré, résiste.

Pour élargir la question, disons que le buveur apporte à la tuberculose une double prédisposition : une prédisposition locale et une prédisposition générale qu'il importe de distinguer.

Cette dernière est l'effet d'une dénutrition qui intéresse tous les éléments de l'organisme. Ce trouble de la nutrition relève lui-même de deux processus différents : on sait que l'estomac du buveur est, au bout d'un certain temps d'excès, affecté d'une véritable gastrite; que, de ce fait, la digestion des aliments se trouve entravée, et, en conséquence, l'absorption considérablement diminuée : première cause de dénutrition. La seconde est un ralentissement dans l'activité des éléments cellulaires, ralentissement dû à l'action de l'alcool sur ces éléments; car l'alcool, ainsi que l'ont démontré les physiologistes, diminue la quantité d'acide carbonique éliminé. Or, cet acide étant le produit des combustions qui ont lieu dans l'intimité des tissus, on doit en conclure que ces combustions sont elles-mêmes diminuées. L'alcool *épargne* le combustible et c'est ce qui explique pourquoi les buveurs conservent longtemps leur graisse et leurs muscles; mais il exagère l'épargne, si bien que le feu finit par s'éteindre. Alors commence l'amaigrissement, pour progresser avec une étonnante rapidité. L'activité de la cellule amoindrie, anéantie, telle est donc la seconde cause de dénutrition.

Par ces deux causes la prédisposition générale se trouve créée, et toute l'économie en souffrance devient

un terrain propre à la culture, à la multiplication du bacille. La généralisation de la lésion bacillaire se ferait également dans toutes les parties de l'organisme humain, si un troisième facteur n'intervenait pas pour créer la prédisposition locale.

Pourquoi tel organe est-il plus que tel autre le siège des granulations tuberculeuses? Pourquoi le poumon d'abord, le péritoine, la plèvre, et les méninges ensuite sont-ils les premiers lésés? C'est encore l'alcool qui détermine cette prédisposition locale, qui fixe la lésion sur ces organes.

Sur le poumon d'abord. Après l'ingestion de l'alcool, on le retrouve dans le sang, quoiqu'on ait prétendu que la plus grande partie en est brûlée dans l'organisme et convertie en eau et en acide carbonique. Son passage à travers les capillaires du poumon irrite ces vaisseaux et son exhalation irrite les plus fines ramifications bronchiques, car il est exhalé avec l'air expiré dans la proportion de 4 o/o, l'élimination des substances volatiles se faisant en première ligne par la muqueuse pulmonaire. — Nous verrons plus loin que l'inflammation tuberculeuse débute autour des capillaires sanguins et des bronchioles. — L'alcool fait donc du poumon le premier organe attaqué; il indique pour ainsi dire aux bacilles le point spécial de l'économie sur lequel doit porter leur action. De plus leur porte d'entrée ordinaire est proche de ce point et, comme la voie qu'elle ouvre y conduit directement, on s'explique très bien que la lésion pulmonaire soit la plus fréquente.

Le péritoine, la plèvre, les méninges sont après le poumon les organes le plus souvent lésés. Nous sommes encore en présence d'une prédisposition locale créée par l'alcool. Une large surface et une constitution anatomique particulière (stomates) donnent aux séreuses une merveilleuse propriété d'absorption et aussi d'exhalation. Chacun sait avec quelle facilité les liquides épanchés dans ces cavités se résorbent et se reproduisent. De nombreuses expériences physiologiques prouvent cette facilité démontrée déjà par la pathologie : elle est favorisée par les conditions mécaniques dans lesquelles se trouvent ces organes, dans la plèvre par l'inspiration, dans le péritoine et les méninges par l'expiration. Quand à travers le tissu de la séreuse s'exhale sans cesse un liquide comme l'alcool, il détermine fatalement une irritation qui y fixe la localisation bacillaire. De là vient que, chez les tuberculeux alcooliques, les lésions péritonéales, pleurales et méningitiques accompagnent si souvent les lésions du poumon.

Ces considérations anatomiques et physiologiques étaient nécessaires pour faire comprendre comment s'établit la tuberculisation chez les buveurs, pourquoi elle affecte tels organes plutôt que tels autres, et, dans un même organe, telle partie avant telle autre. Sans elles, la localisation à droite, qui n'est après tout qu'une donnée empirique, resterait inexplicable. Grâce à elles nous savons aussi pourquoi la localisation se fait à gauche chez les sédentaires : la lésion débute à gauche par le défaut d'exercice, tandis qu'elle s'est fixée à droite par l'excès. Un organe qui ne travaille pas

assez devient, à la longue, aussi impropre à sa fonction qu'un organe qui travaille trop. Ce défaut d'activité entraîne un défaut de nutrition du poumon gauche, qui devient, dans ce cas, une proie aussi facile pour le microbe, que le poumon droit, dans l'alcoolisme.

En résumé, le poumon droit chez les actifs devient le premier vulnérable par exagération de la fonction respiratoire, fonction déjà physiologiquement plus active qu'à gauche; et le poumon gauche est le premier lésé chez les sédentaires, par ralentissement exagéré d'une fonction déjà physiologiquement moins active.

Maintenant il suffit de rappeler ce qui a été dit plus haut, à savoir que les gens qui boivent avec excès se recrutent d'ordinaire parmi les actifs, il n'y a rien d'extraordinaire à ce que chez les buveurs la tuberculose débute à droite.

La valeur de ces considérations qui sont de pur raisonnement tomberait d'elle-même, si la clinique ne fournissait de nombreuses observations à l'appui de cette manière de voir; car les vues de l'esprit, si séduisantes qu'elles soient parfois, ne méritent pas de fixer l'attention du médecin, si la clinique ne vient pas les justifier. Nous avons donné neuf observations de tuberculose pulmonaire, ayant débuté à droite même chez une femme que sa profession de couturière aurait dû rendre plutôt vulnérable à gauche (thèse du Dr G. d'Hôtel); il n'en a rien été cependant: cela prouverait que chez cette femme, qui vivait assise dans un milieu à coup sûr défectueux au point de vue de l'hygiène,

l'alcool et la sédentarité dans un air confiné se trouvant en présence comme causes de phtisie, c'est l'action de l'alcool qui a été prépondérante sur le déterminisme du siège au début.

Avant de donner d'autres observations, disons que ni l'anatomie ni la physiologie n'expliquent, quant à présent, le début par le sommet et en arrière. Pourquoi la lésion primitive ne s'établit-elle pas aux autres lobes aussi bien qu'au supérieur? Impossible de le dire. Il est permis, tout au plus, de supposer, par analogie avec ce qui résulte de la comparaison des deux poumons, que le sommet n'est pas dans les mêmes conditions de nutrition et d'activité que le reste de l'organe.

OBSERVATION X

Eugène D..., est âgé de 43 ans et exerce la profession de cocher depuis 1877. Avant d'être cocher, il habitait la Normandie et labourait la terre. Son père est mort de cause inconnue, sa mère est morte de suites de couche. Il a eu la fièvre typhoïde à 23 ans et la grippe à 41 ans.

Il y a 4 mois, bronchite aiguë. Le malade abandonne son travail pour se soigner dans sa chambre, située au 4^e étage et bien aérée. Depuis ce moment il a perdu l'appétit et dit avoir maigri de 15 kilos. Voyant son état empirer, il se décide, sur les conseils d'un médecin, à entrer à l'Hôtel-Dieu le 3 mai 1892.

A cette date, on entend : au sommet droit, du gargouillement et des râles caverneux, surtout en arrière dans les fosses

sus et sous-épineuses ; au sommet gauche, quelques râles muqueux en avant, respiration rude et soufflante en arrière.

Le foie est augmenté de volume et le cœur normal.

Interrogé, le malade avoue faire des excès de boissons : vin, plusieurs litres par jour ; rhum, un ou deux petits verres ; absinthe, également un ou deux verres. Il présente d'ailleurs tous les signes d'une intoxication mixte : exagération du réflexe plantaire, hyperalgésie cutanée, crampes dans les jambes, cauchemars et réveils en sursaut la nuit, piteux le matin.

16 mai. — Sueurs nocturnes, inappétence, oppression. Les phénomènes pulmonaires se sont accentués.

18 juin. — Au sommet droit, souffle caverneux en arrière, et râles confluent, humides en avant. Le foie déborde de trois travers de doigt, et il est très douloureux à la percussion.

28 juin. — Le malade est mort à onze heures du matin.

Autopsie. — La plèvre a, avec la paroi costale, des adhérences qu'on ne peut faire céder qu'avec le scalpel, surtout au sommet droit.

Le poumon droit, dans toute son étendue, est criblé de granulations de la grosseur d'un grain de mil. Au sommet, caverne enveloppée d'une coque fibro-crétacée qui prouve que la lésion a débuté par le poumon droit. Le poumon gauche présente des lésions semblables, mais moins avancées.

Le foie est gras, jaunâtre, lisse. A la coupe on y voit des granulations caractéristiques de la cirrhose.

OBSERVATION XI

Ferdinand F..., âgé de 52 ans, est cocher d'omnibus.

Son père, mort lorsque le malade avait 10 ans, habitait la

campagne et était un peu buveur ; sa mère morte lorsqu'il avait vingt ans, habitait aussi la campagne.

A 17 ans, Ferdinand F., quitte la campagne pour aller à Caen et y être cocher de diligence. Il se marie à Caen, qu'il quitte pour venir à Paris. Ici, il a deux enfants âgés aujourd'hui l'un de dix-huit ans et l'autre de onze ans, tous deux bien portants. Son appartement sur la Chaussée du Maine est grand et bien aéré. En 1875, il va habiter Vincennes, où il est logé dans d'aussi bonnes conditions d'hygiène.

A Paris, il s'était mis à boire ; et voilà seize ans qu'il absorbe tous les jours deux litres de vin, trois à quatre verres de rhum et un ou deux amers Picon. D'où digestions pénibles, pituites le matin et cauchemars la nuit.

En 1884, il a eu une pleurésie et en 1888 il a commencé à tousser.

Une abondante diarrhée qui le fatigue beaucoup depuis quelques jours, le force à entrer à l'Hôtel-Dieu, salle St-Denis.

Le 5 août 1891, on trouve, à la percussion, de la résistance au doigt, en avant et en arrière ; de la matité au sommet droit, et de la submatité à gauche. L'auscultation fait entendre du gargouillement et un souffle caverneux aux deux sommets, mais plus accusés à droite.

L'expectoration est assez abondante, et de temps à autre il y a une très légère hémoptysie. Toux très fatigante.

L'appétit est presque nul et les digestions très difficiles.

Le foie déborde de deux travers de doigt le rebord des fausses côtes.

Le malade dort mal ; il est toute la nuit tourmenté par sa toux.

Il meurt le 8 août à 2 heures du matin.

Autopsie. — Les poumons sont extrêmement volumineux ;

il y a un léger épanchement des deux côtés et des adhérences pleurales.

Le sommet droit est creusé de cavités, remplies de pus, du volume d'un noyau de cerise. Les deux poumons sont farcis, du haut en bas, de granulations tuberculeuses; les bords antérieurs sont emphysémateux.

Le cœur n'est pas dilaté; le foie est volumineux et aplati.

Le péritoine présente une infinité de granulations; on en trouve aussi dans l'intestin. La rate est grosse.

OBSERVATION XII

M... Amédée a 35 ans et exerce la profession de garçon marchand de vin. Son père serait mort en 1876 d'une maladie d'estomac; sa mère a 59 ans et se porte bien.

Depuis l'âge de 14 ans, il n'a jamais eu de domicile fixe, logeant chez les patrons qui l'employaient, et le couchaient les uns au sous-sol, les autres au grenier.

Depuis 1884 s'enrhume tous les hivers. Hémoptysies en 1890.

Comme il tousse sans discontinuer depuis 2 mois, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, le 19 août 1891.

De son aveu, il boit depuis 10 ans et journellement de 2 à 3 litres de vin, 2 ou 3 petits verres de rhum, et depuis deux ans 1 ou 2 verres d'absinthe.

A l'examen, on constate que son foie déborde de 4 travers de doigt. Pas d'ascite, ni de météorisme.

Matité aux deux sommets et résistance au doigt percutant surtout à droite et en arrière. Craquements humides des deux côtés, surtout à droite. Myœdème très net.

Le malade a des sueurs nocturnes et de la diarrhée depuis une vingtaine de jours.

Réflexe plantaire exagéré; crampes et hyperesthésie des jambes. Pas de cauchemars. Tremblement des lèvres et des mains.

22 août. — Crachats sanglants. Le malade n'a rendu que 300 grammes d'urine en 24 heures.

24 août. — Diarrhée plus forte. L'urine a augmenté de 800 grammes.

1^{er} septembre. — La diarrhée a cessé; mais le malade défèque et urine sous lui; il est plongé dans une somnolence dont il est difficile de le tirer.

11 septembre. — Ventre en bateau. Pupilles fixes, à peu près égales, non contractées. Raideur du cou

Le malade meurt le 13 septembre.

Auopsie — Nombreuses adhérences pleurales, surtout au sommet.

Poumons farcis de tubercules miliaires du sommet à la base; quelques cavernules au sommet droit.

Le cœur est petit, mou et flasque.

Le foie est volumineux et gras, et la rate un peu diffuse.

Les reins ne contiennent pas d'infarctus et les deux ont leur volume normal.

La cavité crânienne ouverte ne montre ni granulations sur la pie mère, ni épanchement intra-ventriculaire.





CHAPITRE IV



Forme anatomique de la tuberculose du buveur.



Le docteur Kranz (de Liège) est le premier, croyons-nous, qui ait assigné une forme anatomique à la phtisie des buveurs, qu'il propose d'appeler phtisie *disséminée* aiguë.

Lancereaux a insisté sur cette forme particulière dans son article *Alcoolisme* du *Dictionnaire encyclopédique des Sciences médicales* : « L'abus des liqueurs spitueuses contribue puissamment au développement de l'altération décrite sous la domination de phtisie *granuleuse*, si toutefois il ne l'engendre complètement, au moins dans un certain nombre de cas..... La lésion anatomique qui la caractérise consiste dans la présence

de granulations miliaires, quelquefois lenticulaires ou pisiformes, assez également *disséminées* au sein du parenchyme pulmonaire congestionné, ramolli, souvent altéré et parsemé de points noirâtres pigmentaires.

S'il existe des excavations, elles sont rares, petites et occupent de préférence les sommets.

Ce que nous tenons à établir, c'est que le développement de la tuberculisation miliaire est, *dans quelques cas*, influencé d'une façon incontestable par l'abus des boissons alcooliques, lesquelles vraisemblablement jouent le rôle d'irritant par rapport à la paroi des vaisseaux capillaires ou des ramuscules bronchiques, siège habituel de la granulation tuberculeuse. Il serait important sans doute de pouvoir distinguer les granulations tuberculeuses engendrées par les excès alcooliques de toutes celles qui ont d'autres causes ; mais jusqu'ici nous ne connaissons aucun caractère qui puisse servir à fonder cette distinction.

L'article Alcoolisme date de 1864. Dans la thèse du docteur Garaudeaux, qui est de 1878, ce n'est plus seulement *dans quelques cas* que le développement des tubercules miliaires est influencé par l'abus des boissons : *toujours* les organes lésés offrent des granulations miliaires. Ainsi la forme granuleuse s'est présentée 21 fois sur 22 cas : que ce soient les poumons, le foie, le péritoine, l'intestin qui aient été malades, toujours elle apparaissait d'une façon évidente. Chez les gens qui s'adonnent à la boisson, la phtisie est *toujours* granuleuse.

Voilà une affirmation catégorique. Aux 22 observations du docteur Garandeaux s'ajoutent les nôtres ; et cependant nous sommes moins affirmatifs que lui. Sans doute la forme granuleuse est la plus habituelle chez les alcooliques, puisque nous n'avons rencontré qu'elle ; mais peut-on certifier que personne n'a jamais rencontré d'autre forme, la pneumonique ou caséeuse, par exemple ?

Aussi, pour nous, la forme granuleuse chez les buveurs est de règle générale (mais pas absolue), comme la forme caséeuse est celle des personnes sédentaires, vivant dans un milieu dont l'aération est défectueuse, ayant une alimentation insuffisante, surmenées intellectuellement ou physiquement, etc., etc.

Si la phtisie des buveurs est le plus souvent granuleuse, elle n'est pas que granuleuse. Les tubercules y sont plus fréquents que ne le croit le docteur Garaudeaux qui avoue d'ailleurs les avoir rencontrés trois fois sur 22, un peu plus d'une fois sur 8. Dans nos observations on les trouve notés 4 fois ; peu volumineux sans doute et rarement ramollis, ce n'en sont pas moins des tubercules. On note aussi des excavations ou cavernes, rares et petites, à la vérité, si bien que le docteur Garaudeaux leur refuse le nom de cavernes. Il les a cependant constatées 8 fois sur 22, mais il les attribue au ramollissement et à la fonte des granulations. Nous les avons également observées 5 fois. Mais il nous paraît difficile de distinguer une caverne, conséquence de la fonte des granulations, d'une caverne ayant une autre origine. A l'autopsie, on a beau

les examiner de près et avec la plus grande attention, on ne peut leur assigner un origine certaine.

Cependant la forme de l'excavation peut donner, dans certains cas, des indications précieuses : ainsi dans la bronchite fétide les cavernes ont une forme à peu près régulière, car elles résultent d'une destruction qui a successivement atteint les vésicules, puis les lobules, et même parfois des lobes entiers ; il se fait un évidence des lobes ou des lobules dont la forme *régulière* s'impose à l'excavation. Dans les cavernes provenant de la fonte d'une masse caséeuse, les parois seront moins régulières, car ici la destruction ne progresse pas nécessairement de la vésicule au lobe. Et dans les excavations provenant de la fonte des granulations, l'irrégularité des parois sera peut-être encore plus accusée en raison du siège ordinaire des granulations sur la paroi des vaisseaux et au pourtour des ramuscles bronchiques. Mais il ne faudrait pas ajouter une trop grande importance à une distinction basée sur le plus ou moins de régularité d'une paroi, car on s'exposerait à de grosses erreurs, cette distinction étant fort difficile.

Il est donc plus conforme à la réalité des faits observés jusqu'à ce jour de ne pas exclure les tubercules et les cavernes de la phtisie des buveurs. D'autre part, de ce que c'est toujours la forme granuleuse miliaire que l'on rencontre sur les autres organes (péritoine, intestin, etc.) on n'est pas autorisé à conclure que cette forme doit seule affecter le poumon ; la structure anatomique de ces organes est si diffé-

rente de celle du poumon et telle qu'elle pourrait bien ne comporter que des granulations ; tandis que la structure spongieuse du poumon permettra facilement à des cavernes de s'y creuser. Reste à déterminer l'origine de ces cavernes, et à décider si, quand on les rencontre sur des poumons d'alcooliques, elles ne relèvent pas du même processus que les granulations miliaires. Pour notre part, nous le croyons.

Les points noirâtres pigmentaires dont les poumons des buveurs sont souvent parsemés ne sont pas signalés dans les observations de Magnus Huss, ni dans celles de Ball. Ils n'ont pas frappé davantage des observateurs tels que les docteurs Kranz de Liège et Launay du Havre, qui, s'ils les ont notés, n'ont pas cherché à les interpréter.

Dans son article Alcoolisme, Lancereaux signale aussi ces points noirâtres pigmentaires sans en donner la signification, et le docteur Garaudeaux dit, dans sa thèse inaugurale, qu'à la coupe des poumons malades, à côté des points blanchâtres ou grisâtres de la phtisie apparaissent une foule de points noirs *à peu près de la même dimension*. Le fait est également donné ici sans commentaires.

Les leçons de clinique médicale de Lancereaux ne font encore que mentionner ces « taches pigmentaires » qu'on ne rencontre pas dans les autres phtisies. Il nous a paru intéressant de rechercher l'origine de ces taches et d'étudier leur rôle dans l'évolution du tubercule.

La nature du pigment n'est pas douteuse : c'est la

matière colorante du sang, l'hémoglobine. La pigmentation plus ou moins foncée, selon qu'elle est plus ou moins ancienne, va du rouge le plus vif au noir le plus sombre. Ces diverses nuances de la coloration marquent les diverses phases d'un processus inflammatoire qui traduit la résistance de l'organisme à l'invasion bacillaire.

M. le docteur Hippolyte Martin a très bien exposé ce processus dans ses *recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule*. Il a étudié les débuts de l'inflammation tuberculeuse jusque dans les différents éléments histologiques, et voici l'intéressante description qu'il en fait :

« Qu'il s'agisse d'inflammation miliaire ou diffuse, le tubercule n'est souvent constitué que par un amas de cellules rondes ou embryonnaires infiltrées dans le parenchyme pulmonaire. C'est tantôt autour d'une bronche, tantôt, et le plus souvent, autour de l'artère qui avoisine cette bronche, que débute l'inflammation spécifique... Nous savons que si la bronche est primitivement affectée, ses vaisseaux nourriciers se dilatent et la stase sanguine, qui est la conséquence de cette dilatation, doit singulièrement favoriser la diapédèse des globules blancs, et leur accumulation dans la paroi bronchique. Mais ce noyau leucocytaire est rapidement suivi d'une irritation proliférative des cellules conjonctives voisines, et les cellules embryonnaires issues de leur prolifération, infiltrent rapidement tous les tissus péribronchiques.

Quels que soient du reste les phénomènes inflamma-

toires qui s'accomplissent, soit dans la paroi, soit dans la lumière de la bronche et dans le parenchyme alvéolaire périphérique, constatons qu'alors même que le tubercule paraît ainsi débiter par une bronche, les petits vaisseaux de la paroi bronchique jouent, en réalité, le principal rôle dans ce processus pathologique, et servent évidemment de centre formateur à la néoplasie tuberculeuse.

D'autrefois, au contraire, c'est une artère pulmonaire qui est le centre de formation de la granulation tuberculeuse et le processus est à peu près identique à celui qui caractérise la péribronchite, dilatation des capillaires propres, stase sanguine, diapédèse des globules blancs ; tous ces phénomènes morbides se retrouvent encore, et l'endartérite oblitérante est, comme l'endobronchite, le fait ultime qui tend à provoquer une inflammation de ce genre. »

D'origine endartéritique ou péribronchitique, la granulation est constituée. Que voyons-nous alors sur le cadavre ?

Du centre primitif quel qu'il soit, l'inflammation rayonne et s'étend ; alors on voit autour de ce centre une zone inflammatoire, un cercle pigmentaire plus ou moins large et très prononcé. Ce cercle peut s'agrandir, comme refoulé par le développement de la granulation qui, lorsqu'elle a atteint un certain volume, fusionne avec les voisines, se ramollit et fond, laissant une simple excavation. L'inflammation s'est éteinte et la pigmentation s'est effacée.

Au lieu de se laisser refouler par le tubercule, le cer-

de peut l'enserrer, le presser de toutes parts et l'étouffer. Ainsi envahie par le pigment la granulation se dessèche, devient crétacée et finalement disparaît ; l'inflammation s'éteint encore ; seule la pigmentation persiste et devient de plus en plus foncée. Le tubercule, dès que la pigmentation a été complète, s'est arrêté dans son évolution. Pourquoi ?

Oserons-nous interpréter ce phénomène et dire, en faisant une application peut-être risquée de la théorie phagocytaire, mais qu'on nous permettra parce qu'elle traduit bien notre pensée, que les globules rouges, — les blancs sont seuls phagocytes, nous le savons, — amenés par l'inflammation sur le champ de bataille, ont lutté contre les bacilles, les ont étouffés sous leur nombre, mais épuisés sont morts, vainqueurs. Leurs cadavres fournissent la matière colorante, le pigment rouge, noirâtre sous lequel est enseveli le tubercule, vaincu, desséché, c'est-à-dire arrêté dans son évolution.

Est-ce vraiment ainsi que les choses se passent ? Sans l'affirmer, remarquons, avec Grandcaux, que les points noirâtres sont de même dimension que les points gris ou blanchâtres qui les avoisinent.

On peut sur un même poumon observer les diverses phases du processus que nous avons décrit. A côté de granulations contre lesquelles aucune résistance n'a prévalu, c'est-à-dire pleinement constituées, on en trouve d'autres que la pigmentation entame déjà ; d'autres que le pigment a envahies à moitié ; d'autres enfin complètement desséchées et pénétrées par la matière colorante. Les premières sont évidemment de date moins

ancienne que les dernières. Et cela n'a rien qui doive surprendre, puisque l'évolution de la phtisie, chez les buveurs, se fait par poussées inflammatoires successives, ainsi que nous le verrons dans le chapitre suivant.

La constatation de ces poussées successives pourrait bien expliquer pourquoi Magnus Huss a prétendu que l'alcoolisme était incompatible avec la phtisie. Dans les cas qu'il a observés — et ces cas sont peu nombreux, — il a vu sans doute ces tubercules arrêtés dans leur évolution, vestiges crétaçés d'une poussée ancienne à laquelle l'organisme avait heureusement résisté, et il a mis cette victoire sur le compte de l'alcool. De là son traitement de la phtisie par l'alcool.

OBSERVATION XIII

Georges D..., âgé de 20 ans, exerce la profession de sertisseur. Le 7 aout 1890, il entre à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, dans le service du docteur Lancereaux.

Son père faisait des excès de femme et de boissons; il serait mort vers l'âge de 40 ans. Sa mère et son frère, âgé de 27 ans, se portent bien; et ses deux sœurs, mariées l'une et l'autre, sont seulement nerveuses.

Le malade a commencé à tousser en janvier 1890; au mois de mars suivant, il a eu une hémoptysie qui a duré une heure et demie, et au cours de laquelle il a perdu un bon litre et demi de sang; à partir de ce moment s'est fait soigner en continuant à travailler. Malgré les soins, la toux a augmenté. Des picote-

ments à la gorge le forcent à tousser par quinte le matin et le soir. Son état empirant il se décide à entrer à l'hôpital.

L'examen du malade montre que ses extrémités sont très développées, son thorax est aplati; il est pâle, très amaigri et sans grande force. Le bout des doigts est violacé; les lèvres sont décolorées.

Les marques qui révèlent ses excès de boissons sont les suivantes : Pieds en sueur constamment; réflexe plantaire exagéré, points ovariens; crampes et élancements dans les mollets; rêves et cauchemars; réveils en sursaut et en sueur pendant la nuit; pituites au lever.

La percussion et l'auscultation donnent : En avant : matité plus grande à droite qu'à gauche, nombreux râles muqueux sous la clavicule droite; respiration rude et inspiration soufflante à gauche. En arrière : matité des deux côtés, mais plus nette à droite, respiration brève et râles sous-crépitaux peu nombreux, dans la fosse sous-épineuse droite; râles muqueux très nombreux dans le reste du poumon droit, souffle amphorique sur la ligne médiane, respiration brève au sommet gauche, respiration rude et inspiration soufflante dans le reste du poumon.

Le cœur paraît être légèrement dilaté, les battements en sont réguliers, mais le foie déborde d'un travers de doigt et demi.

Interrogé, le malade avoue qu'il avait l'habitude de prendre journellement 5 à 6 verres d'absinthe depuis la fin de l'année 1886. A la fin de 1887, il a été pris d'un tremblement nerveux de tout le côté droit, pour lequel il a été soigné à l'Hôtel-Dieu, dans le service du docteur Bucquoy, et qui a duré 9 mois.

Les divers logements qu'il a occupés ont tantôt été sains, tantôt malsains; mais la nourriture a toujours été suffisante.

Il a des vomissements purement alimentaires, une demi-heure

ou trois quarts d'heure après son repas ; et des diarrhées très fréquentes, 3 ou 4 selles par jour depuis un an.

Jusqu'au 15 janvier 1891, son traitement consiste en créosote, huile de foie de morue et sirop diacode ; à cette date la créosote et l'huile de foie de morue sont supprimés.

Le malade meurt le 23 février.

Autopsie. — Un peu de liquide dans les plèvres ; fausses membranes à droite et à gauche, à la base et sur les parois costales. Les deux poumons sont infiltrés de granulations dans toute leur hauteur ; cavernules au sommet droit ; congestion à la base du poumon gauche.

Le cœur est un peu dilaté, avec une légère surcharge graisseuse ; les orifices et valvules sont sains.

Le foie très granuleux, mais de coloration normale, offre à la coupe des granulations tuberculeuses.

La rate est un peu volumineuse et congestionnée.

Les reins n'ont rien ; la capsule se détache facilement.

OBSERVATION XIV

R... Eugène n'a connu ni père ni mère. Il est aujourd'hui âgé de 32 ans et exerce la profession de forgeron. Né dans les environs de Chambéry qu'il a habités jusqu'en 1870, travaillant dans les fermes, il est venu à Fontainebleau où, pendant dix ans, il a été garçon de salle. A Paris depuis 1880, il a toujours occupé des logements grands et bien aérés, et n'a jamais souffert de la faim.

Son père et sa mère vivent encore. Marié, il a eu 6 enfants dont deux sont morts de méningite. Lui-même a contracté la fièvre typhoïde en 1882 ; il tousse et crache depuis deux ans. Il ne boit habituellement ni eau-de-vie, ni liqueurs, mais une

quantité assez notable de vin, 3 à 4 litres par jour. Plusieurs hémoptysies en 1889-90.

Le 4 août 1891, jour de son entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Denis, il présente les phénomènes suivants :

Résistance au doigt et matité des deux sommets accusées surtout à droite. Râles cavernuleux des deux côtés. Pas de myœdème bien net.

Pas de souffle au cœur. Le foie déborde de 3 à 4 travers de doigt ; et la rate est volumineuse. Les urines sont franchement hématiques.

Tremblement des mains. Cauchemars sans sueurs nocturnes. Réflexes exagérés.

19 août. — Depuis le 5, diarrhée abondante. Crachats nombreux et un peu purulents

16 août. — Le régime lacté qui avait été constitué est supprimé. La diarrhée a cessé. Les urines ne sont plus rouges, mais elles contiennent de l'albumine.

Le malade meurt le 20 août.

Autopsie. — Adhérences des deux poumons, plus anciennes à droite qu'à gauche. Lobe supérieur droit très caverneux ; au lobe moyen une caverne de la grosseur d'un œuf ; lobe inférieur infiltré de granulations. Au sommet gauche, quelques cavernes ; lobe inférieur très granuleux.

Le cœur est surchargé de graisse, flasque et friable.

Le foie adhère au diaphragme : jaune, légèrement granulé, il se laisse déchirer sous le doigt. — Un peu de liquide transparent dans le péritoine.

Les reins sont volumineux ; l'un d'eux porte une granulation tuberculeuse près de la circonférence.

Les méninges sont opalines à la convexité.





CHAPITRE V



Evolution de la tuberculose pulmonaire chez le buveur.



Maintenant que nous connaissons le siège de début et la forme de la lésion, et la signification probable des points pigmentaires qui l'accompagnent presque toujours, il nous sera facile de comprendre l'ordre et la marche des phénomènes morbides, expression de cette lésion, c'est-à-dire l'évolution de la maladie.

a. — AGE DE L'APPARITION

La question du moment de la vie auquel apparaît la tuberculose nous semble devoir être examinée tout d'abord. Elle montrera que nous sommes en présence non d'une maladie de la vieillesse, mais d'une maladie

de l'âge adulte qui enlève en pleine maturité les types les plus robustes de la race ; et de ce fait la question tire une importance qui n'échappera à personne.

Selon Kranz (de Liège), la phtisie galopante des buveurs apparaît à la période moyenne de la vie, 40 ans. Outre que 40 ans n'est pas exactement l'âge moyen de la vie humaine, Kranz précise trop, suivant nous, quand il fixe à cet âge l'apparition de la tuberculose chez le buveur. On la constate surtout chez les adultes, quelquefois chez les jeunes gens et rarement chez les vieillards. Il est fâcheux qu'on ne sache pas au juste pendant combien de temps un homme peut boire avec excès avant de devenir tuberculeux ; cependant en fixant de 5 à 10 ans la durée d'excès suffisants pour déterminer la phtisie, nous croyons être assez près de la vérité. Aussi la constate-t-on rarement chez les vieillards, parce qu'on ne se met guère à trop boire, passé 50 ans, et qui n'a pas contracté plus jeune cette déplorable habitude, ne la contractera vraisemblablement pas. De plus, on trouve peu de tuberculeux alcooliques après 50 ans, parce que les buveurs meurent avant d'avoir atteint cet âge-là.

Mais, les vieillards exclus, on rencontre la tuberculose alcoolique à tout âge à partir de 20 ans, aussi bien à 30 qu'à 40 : tout dépend de l'époque de la vie à laquelle ont commencé les excès. Le sujet de l'observation XIV avait fait des excès dès l'âge de 15 ans !

D'assez nombreuses observations portent Launay (du Havre) à croire que dans nos contrées, du moins, la limite d'âge de 40 ans n'existe pas. Dans deux cas

d'évolution rapide qu'il a rapportés, l'un des malades avait 27 ans et l'autre 22; tous deux très vigoureux, nés de parents vigoureux et encore vivants, et ayant des frères et des sœurs en bonne santé.

Lancereaux dit, dans son article Alcoolisme, que d'après quinze observations à lui personnelles, les individus affectés étaient des hommes ordinaires, robustes, âgés de 30 à 50 ans, faisant tous abus de liqueurs fortes, et n'ayant dans leur famille aucun antécédent tuberculeux. Notre maître donne à la maladie, pour se manifester, plus de temps que Kranz, et nos observations, d'accord avec les siennes, montrent qu'en dehors de ces deux âges — 30 et 50 — on rencontre rarement des phtisies alcooliques. Les deux faits du docteur Launay prouvent seulement que, par exception, cette limite peut-être franchie; ils n'infirmen en rien une règle générale. Par l'analyse de tous nos cas on n'en trouve que 2 avant trente ans et 1 après cinquante; un seul avant l'âge de 25 ans, et zéro après celui de 55 ans.

En analysant encore les cas où les signes de phtisie ont apparu avant trente ans, on est frappé du fait que plus les sujets étaient robustes, plus ces signes ont été précoces. Voyez les deux cas de Launay, les quinze de Lancereaux et les nôtres. C'est que ceux-là offraient un terrain très propre à recevoir et à précipiter les poussées inflammatoires, et les excès leur ont été d'autant plus nuisibles qu'il étaient plus vigoureux. Ceci a l'air d'un paradoxe et n'est cependant qu'une simple vérité.

b. — DURÉE

Ni Magnus Huss, ni Bell de New-York n'ont parlé de la marche plus ou moins rapide de la phtisie des buveurs. Nous savons déjà que, pour le docteur Kranz de Liège, cette phtisie est toujours galopante ; son opinion est basée sur deux faits seulement : « le premier, chez un espèce d'hercule, employé aux déménagements qui succomba en un mois ; l'autre chez un sellier qui resta un peu plus longtemps. »

Le docteur Launay du Havre cite des cas d'évolution rapide, et d'autres d'évolution bien plus lente ; il a vu cette affection emporter en *quelques semaines* deux individus, l'un d'une constitution athlétique, l'autre d'une force au-dessus de la moyenne, « d'un autre côté, dit-il, j'ai observé assez fréquemment la phtisie avec tout son cortège, chez des buveurs, mais avec une marche moins rapide que celle signalée plus haut ; la maladie parcourait ses phases dans un espace de temps plus ou moins long, suivant que l'individu continuait ses excès ou les avait cessés à une période plus ou moins avancée. »

Le professeur Jaccoud dit, dans l'appendice aux premières éditions de sa *Pathologie interne*, que chez les buveurs la phtisie revêt souvent la forme galopante.

Dans son article Alcoolisme, Lancereaux se range à l'avis du docteur Launay. Pour lui, cette affection, tantôt rapide dans sa marche, peut être désignée sous

le nom de phtisie galopante, tantôt plus lente dans son évolution, elle n'a pas encore la durée de la phtisie ordinaire. Elle ne met jamais beaucoup plus de six mois à accomplir toutes ses phases.

Ainsi, distincte de la phtisie ordinaire par sa localisation au début, par sa forme granuleuse et ses points pigmentaires, la tuberculose pulmonaire des buveurs s'en distingue encore par sa durée. Aiguë ou lente, elle met toujours moins de temps à évoluer.

Il y a, de plus, dans sa marche, des à-coup, des arrêts qui sont le fait de l'intermittence des poussées granuleuses, de sorte que si, après la première, la seconde et peut-être la troisième poussée qui semblent n'être que des avertissements répétés donnés par la nature, le malade renonçait aux excès de boisson, il aurait toutes chances de guérir.

Pour être à peu près fatale, la mort n'est pas toujours due à la lésion pulmonaire, car le poumon est rarement seul lésé par l'alcoolisme qui peut déterminer sur un autre organe, le foie ou le péritoine, la lésion qui causera la mort. C'est le cas pour les sujets des observations V et VI, qui ont très vraisemblablement succombé à la cirrhose hépatique. Dans l'observation IX, un érysipèle n'a fait qu'avancer de bien peu un dénouement prochain, puisque la lésion tuberculeuse était généralisée à tous les organes.

Quant à la mort qui peut en toute sûreté être attribuée à la granulation pulmonaire, elle survient en moyenne moins d'un an après l'apparition des premiers signes. Le docteur Garaudeaux cite bien un cas

où elle n'est survenue qu'au bout de trois ans ; mais il met la lenteur de l'évolution sur le compte d'une constitution peu robuste, influencée peut être par des antécédents tuberculeux, ou l'existence d'un terrain peu propre aux lésions inflammatoires. Pour ces causes ou pour d'autres, la maladie a, cette fois, évolué comme une phtisie ordinaire. Mais c'est là l'exception.

Sur nos 11 cas avec autopsie, la mort est due 8 fois à la tuberculose du poumon. Or, deux fois, elle est survenue 15 mois après le début des accidents (1) ; cinq fois elle est survenue 8 mois après, et enfin une fois elle est survenue au bout de 3 à 5 mois. La maladie, on le voit, n'a jamais duré plus d'un an après les premières manifestations et la moyenne de six mois peut être acceptée comme juste.

Combien plus lente est l'évolution de la phtisie chez les sédentaires. Leur organisme chétif ne saurait se prêter aux vives et larges combustions. Sur 23 cas rapportés dans le travail du docteur G. d'Hôtel, et où le malade a été suivi jusqu'à la mort, dans deux seulement l'évolution n'a duré que 18 mois ; dans cinq, 2 ans ; dans trois, 3 ans ; dans deux, 4 ans ; dans

(1) Il ne peut être question ici que des accidents pulmonaires ; car chacun sait que les lésions du foie, la cirrhose par exemple, n'étant guère appréciables qu'au bout de 6, 8 et 10 ans d'excès de vin, il est impossible de fixer la date de leur début. Quant aux désordres nerveux, il ne viendra à l'idée de personne de compter à partir de leur apparition pour évaluer la durée de la maladie pulmonaire.

quatre, 5 ans ; dans trois, 6 ans ; dans deux, 7 ans ; dans un, 8 ans et dans un, 9 ans. La comparaison de ces chiffres avec les nôtres est démonstrative, et ne peut laisser le moindre doute sur la cause d'une telle différence dans la durée des deux phtisies : cette différence est liée à la différence étiologique.

C. — TABLEAU CLINIQUE

Les phénomènes morbides de la phtisie ordinaire, depuis les premiers signes, jusqu'à l'extrême cachexie, sont connus de tous. Nous les rappellerons en quelques lignes suivies de l'exposé des phénomènes morbides de la tuberculose alcoolique. Il sera, de la sorte, plus facile de comparer les deux tableaux cliniques, de noter les traits communs et ceux qui les différencient.

Les signes présomptifs, que nous appellerions volontiers signes d'avant-garde, précèdent de beaucoup la maladie telle qu'elle est constituée quand les malades sont amenés à se plaindre. Ce sont des laryngites, des bronchites fréquentes, des pleurésies, et parfois des hémoptysies. En dehors de ces accidents, les apparences de la santé sont conservées, quoiqu'il y ait une très légère diminution de l'appétit. La présence du bacille dans les crachats révèle seule la nature du mal. Cependant, malgré sa spécificité évidente, la maladie peut encore s'arrêter, sans intervention aucune, spontanément. Si elle continue à évoluer, l'anorexie,

et, par suite, la dénutrition s'accuse, l'amaigrissement devient sensible et progresse; puis se montrent la fièvre et les sueurs profuses nocturnes, les troubles de la voix et la diarrhée. Dans le naufrage général imminent de toutes les forces vives de l'organisme, surnagent seules les facultés intellectuelles que le malade conserve intactes jusqu'à la fin.

Comme signes physiques ou de certitude fournis par l'auscultation et la percussion, on trouve à peine, à la période des bronchites et pleurésies prémonitoires, de l'obscurité du son au sommet avec respiration rude et expiration très peu prolongée. Plus tard, lorsque l'amaigrissement s'accroît, on perçoit des craquements secs, auxquels succèdent bientôt des craquements humides avec respiration soufflante. Enfin, à l'époque de la fièvre, des sueurs, de la diarrhée, on a des signes cavitaires nets, gargouillement, souffle amphorique, pectoriloquie, etc., etc. A ce point de la maladie, la guérison est excessivement rare; la mort ne se fait pas longtemps attendre.

L'évolution des signes de présomption est, on le voit, calquée sur celle des signes physiques; on peut superposer les premiers aux seconds: ceux-ci expliquent toujours ceux-là.

En est-il de même lorsque la phtisie évolue chez les buveurs?

Avant d'aborder cette question, donnons, d'après Kranz de Liège, le tableau clinique de cette tuberculose. On perçoit des râles disséminés, rares, puis humides et étendus; l'entrée de l'air éprouve comme

des interruptions subites, phénomène d'une très grande valeur au début. Bientôt la fièvre s'allume, le sommeil se perd, la toux devient de plus en plus fatigante, avec expectoration muqueuse puis purulente. Les craquements, le gargouillement, le souffle amphorique, la pectoriloquie se succèdent, la dyspnée augmente, avec frisons, puis des sueurs abondantes, et la mort arrive ordinairement avec un amaigrissement prononcé.

Si nous refaisons ce tableau d'après Lancereaux, on verra qu'il diffère bien peu du premier. Au début dyspnée légère, croissant peu à peu; respiration interrompue, rude, saccadée, au sommet surtout; râles disséminés d'abord rares, et ensuite plus nombreux et humides. Peu abondante et muqueuse l'expectoration a été plus tard purulente, la toux en général fatigante; dans certains cas enfin on finit par entendre au sommet, non pas seulement des craquements, mais du souffle et des gargouillements. La fièvre ne se fait jamais attendre longtemps; et lorsqu'elle survient, elle a pour cortège habituel de l'agitation, du délire, du tremblement, phénomènes généralement suivis de la mort.

La description de Kranz est moins complète que celle de Lancereaux; elle ne note comme signe particulier à la phtisie des buveurs que l'entrée de l'air par saccades dans les poumons. La perte de sommeil qu'il signale, nous semble être plutôt le fait de l'intoxication alcoolique que de la phtisie. Quant aux autres signes ils peuvent s'appliquer aux phtisies de toute origine.

Comme signes distinctifs, outre la respiration saccadée, Lancereaux a observé le peu d'abondance de l'expectoration chez les buveurs. Et comme ils n'ont pas ce soulagement momentané que procure l'expulsion du crachat, la toux les fatigue plus qu'elle ne fatigue les autres tuberculeux. Enfin, il a noté dans quelques cas seulement les craquements, le souffle et le gargouillement. On comprend que ces signes soient peu fréquents, puisqu'ils indiquent l'existence de cavernes; et nous savons que, chez les buveurs, la forme granuleuse de la phthisie, sans exclure absolument les cavernes, les comporte toutefois rarement.

L'époque hâtive à laquelle s'allume la fièvre n'a échappé à aucun observateur; c'est que dans la rapidité de l'évolution, les phénomènes morbides se précipitent, sans grands intervalles entre eux; et la fièvre qui n'est que l'expression du désordre inflammatoire ne se fait pas attendre, l'inflammation étant presque d'emblée généralisée. Du cortège habituel que notre maître prête à la fièvre, nous dirons ce que nous avons dit du manque de sommeil observé par Kranz. L'agitation, le délire, et le tremblement nous paraissent être plutôt le fait de l'intoxication que de la lésion pulmonaire.

Il est un signe différentiel, dont ne parle pas Kranz, et que n'a pas noté Lancereaux dans son article. Nous voulons parler de l'hémoptysie. Ce symptôme fait souvent défaut dans les cas de tuberculose ordinaire. G. d'Hôtel ne l'a noté que 5 fois dans ses 57 observations, dont 1 fois chez un ancien soldat suspect d'alcoolisme.

Dans la phtisie des buveurs, il est plutôt fréquent.

On le trouve noté 8 fois dans les 22 observations du docteur Garaudeaux, et dans les nôtres 7 fois. Encore doit-on regarder ces chiffres comme trop faibles, car s'il est certain que l'hémoptysie a existé chaque fois qu'on l'a notée, il est à peu près aussi certain qu'on ne l'a pas notée toutes les fois qu'elle a existé, soit que le malade n'ait pas été questionné sur ce phénomène, soit que par manque de mémoire ou d'auto-observation, il n'ait pas répondu affirmativement. L'observation suivante en fait foi.

OBSERVATION XV

Lorsque nous remplacions, dans un département de la Normandie, notre excellent ami le docteur Bazin, nous fûmes appelé un soir près d'un malade, jeune homme de 26 ans, admirablement constitué, avec des muscles d'une vigueur supérieure à la moyenne : l'aspect extérieur était des plus rassurants.

Le jeune homme exerçait la profession de charretier-messager. Dans la journée étant en route avec son patron, il avait été pris d'un grand malaise, avec frisson violent et faiblesse des membres inférieurs qui lui avaient refusé tout service ; si bien que le patron avait profité du passage d'une voiture allant au pays qu'il habitait pour y faire reconduire son commis.

Nous trouvâmes le malade couché, assez calme dans son lit, quoiqu'il parlât de « crever » plutôt que de consentir à être malade seulement trois jours. Il était oppressé et se plaignait d'un point de côté très douloureux à gauche.

A nos questions, il répondit qu'il n'avait pas vomi, qu'il ne toussait ni ne crachait ; il se prêta de fort mauvaise grâce à l'auscultation, disant qu'il n'avait pas l'air d'un poitrinaire, de sorte qu'à ce point de vue notre examen fut très superficiel. Cependant il demanda lui-même qu'on lui appliquât un révulsif sur le point douloureux à gauche.

Le révulsif, étant à peine posé, déterminâ de tels phénomènes d'hyperalgésie que le malade voulut l'arracher, s'agitant extrêmement dans son lit et parlant de se lever pour aller au diable. Cette excitation si peu en rapport avec la cause [qui semblait l'avoir provoquée, nous suggéra l'idée d'explorer la sensibilité ; l'exploration fortifia nos soupçons que confirmèrent les aveux du malade. Nous étions en présence d'un absinthique complet.

Il revenait du Tonkin où, pendant deux ans, un jour ne s'était pas passé sans qu'il but 5, 6 jusqu'à 10 verres d'absinthe. « J'en buvais, disait-il avec une nuance d'orgueil, autant que j'avais d'argent pour m'en payer, jamais ça ne m'a fait mal. » « Non, interrompit la patronne survenant, mais vous avez tout de même craché le sang la semaine dernière. » Le malade nous avait nié cette hémoptysie.

Comme nous insistions pour savoir la vérité, il finit par dire que le matin même, il avait encore craché la valeur d'un grand verre de sang tout rouge.

L'examen de la poitrine qu'il voulut bien enfin nous laisser faire, permit de constater de l'expiration très prolongée au sommet droit. Rien à gauche.

Le malade parut très bien se porter encore pendant deux mois ; au bout de ce temps, le docteur Bazin nous écrivit qu'il maigrissait à vue d'œil.

L'amaigrissement lent, progressif, qui est de règle à peu près constante dans la phtisie ordinaire, peut faire

défaut chez les tuberculeux alcooliques. Les uns en effet, gardent longtemps un embonpoint en désaccord complet avec les signes que révèle l'auscultation.

Cet embonpoint fond peu de temps avant la mort, brusquement et rapidement, de sorte qu'ils arrivent au terme dans le même état de cachexie que les autres qui ont maigri lentement; ceux-ci, graduellement dénourris, perdant peu à peu leur graisse et leurs muscles, offrent l'aspect du tuberculeux ordinaire.

Les signes locaux d'altération pulmonaire chez les buveurs, ne sont donc pas toujours en rapport avec les symptômes généraux de déchéance organique. En dehors des cas où la phtisie est plus lente, et où elle a presque la forme classique, sa symptomatologie est si insidieuse, si incomplète, que rien ne fait songer à la phtisie; et si l'on y songe, les signes sont parfois si peu nets, que l'autopsie seule permettra d'affirmer la maladie. On peut n'observer qu'une toux sèche et persistante; ou bien de la dyspnée seulement; ou bien encore un léger épanchement pleurétique; l'expectoration elle-même, lorsqu'elle existe, peut ne pas être en rapport avec l'état du poumon.

Ces remarques appuyées sur nos observations et celles du docteur Garaudeaux sont contredites par le docteur G. d'Hôtel qui prétend que les lésions à gauche s'étendent et croissent sans retentir aussi fortement que celles de droite sur l'état général. « Bien souvent, dit-il, nous avons été fortement étonné de voir chez des malades, — et il s'agit surtout de femmes — chez des malades à habitus extérieur conservé, des lésions

de ramollissement du sommet gauche fort avancées; une partie du poumon ne fonctionnait plus, alors que la figure du malade était pleine, arrondie, les membres conservés, les seins en bon état. » Et cependant, de ses cinquante-sept observations, une seule mentionne la persistance d'un bon état général, persistance due à la conservation de l'appétit.

A notre avis, dès que l'appétit diminue, et il diminue de bonne heure, l'amaigrissement est la règle chez les tuberculeux à gauche; tandis que, chez les tuberculeux à droite, l'appétit peut être perdu depuis longtemps alors que le malade présente encore l'embonpoint, la coloration, et toutes les apparences d'une excellente santé. Font exception les tuberculeux héréditaires, dont la lésion, comme nous l'avons dit, débute au sommet droit; là s'arrête la ressemblance entre eux et les alcooliques, et parmi les signes qui les distinguent on peut citer, entre autres, la fièvre si légère chez les premiers, quand elle existe; et si intense chez les seconds.

En résumé : une symptomatologie incomplète; une respiration saccadée, des hémoptysies plus fréquentes, une toux fatigante, une expectoration souvent nulle, une fièvre plus précoce et plus forte, un amaigrissement retardé et brusque; le défaut de rapport entre les lésions matérielles du poumon et l'état général, tels sont les phénomènes qui font du tableau clinique de la phtisie alcoolique, un tableau différent de celui des autres phtisies. Si à ces phénomènes dus aux désordres pulmonaires, on ajoute les phénomènes dus aux

désordres nerveux, insomnie avec agitation, délire et tremblement, et l'abolition des facultés intellectuelles, plus ou moins longtemps avant la mort, la différence s'accuse bien davantage.





CHAPITRE VI



Pronostic. Thérapeutique. Prophylaxie.



L'opinion du docteur Launay est qu'au début cette affection peut s'arrêter dans sa marche, si le malade revient à la sobriété, s'il se soumet aux règles de l'hygiène, et à un traitement convenable. Nous nous rangeons pleinement à cette opinion. La tuberculose des buveurs est curable, à condition que le buveur renonce à ses habitudes, et qu'il y renonce à temps. Il peut résister à plusieurs poussées granuleuses ; s'il cesse de boire, ces granulations se dessècheront, se pigmenteront, et les Magnus Huss qui, dans 10, 20 ans feront l'autopsie d'un sujet à qui de son vivant on aura connu des habitudes de boisson diront peut être qu'il a guéri de sa tuberculose parce qu'il était alcoolique. Mais pour des raisons qui n'ont rien à voir avec

la science la guérison n'est pas la règle. L'adage *Qui a bu boira*, est trop vrai. Et à peine un alcoolique sur cent tient compte du premier avertissement donné par la nature. Comme, même après de fréquentes hémoptysies, il conserve sa bonne mine et ses forces, il sourit quand le médecin qui le soigne pour sa première atteinte l'avertit du danger qui le menace. Il continue à boire et meurt.

En raison même des rémittences de l'inflammation granuleuse, la phtisie des buveurs offre donc au début plus de chances de guérison que la phtisie des sédentaires. Mais ces chances, peu de buveurs en profitent, de sorte que le pronostic s'assombrit pour des causes étrangères à la gravité du mal. Les tuberculeux buveurs, avec toutes leurs chances de guérison, meurent plus que les tuberculeux sédentaires dont les chances de salut sont bien moindres. Mais en tenant compte de la différence de durée des deux maladies, celle des buveurs, toutes proportions gardées, reste curable pendant une période plus longue que celle des sédentaires. Elle est donc moins grave, et cependant elle tue plus souvent. Elle tue ? non : il serait plus juste de dire que les malades succombent à leur vice.

Ceux qui ne succombent pas, ceux qui dans leurs excès savent s'arrêter à temps pour espérer guérir, ont peu de chose à faire pour réparer complètement les désordres causés par la maladie. Nous ne nous sommes occupés, il est vrai, que de la tuberculose, et non de l'intoxication alcoolique. Toutefois nous dirons un mot

du traitement de celle-ci dont la médication se confond par certains points avec celle de la phtisie.

Le traitement de la tuberculose pulmonaire des buveurs est le même que celui des autres phtisies. Nous avons dit, dans notre introduction, combien était pauvre la médication antibacillaire. Et cependant que de remèdes préconisés, ayant tous, plus ou moins, la propriété de s'opposer au développement du tubercule ou de détruire le bacille ! Beaucoup de ces remèdes — nous ne parlons pas de l'alcool vanté par Magnus Huss — après avoir éveillé de grandes espérances, sont tombés dans un oubli mérité ; c'est qu'ils n'étaient que des moyens empiriques et que leur emploi n'avait rien de rationnel.

Qu'on se rappelle le bruit qu'a fait la lymphé de Koch. L'histoire médicale jugera sévèrement cette tentative, pour le moins inconsidérée, qui a abouti à la lamentable exode de tout un peuple de tuberculeux, accourus à Berlin des cinq parties du monde. Les phtisiques venus en foule vers le médecin allemand, comme vers un Messie, durent reprendre le chemin de leur patrie, certains désormais d'être incurables, et maudissant le demi savant qui les avait trompés. Si ce jour-là, la science française put rire, à bon droit, de l'échec de l'empirisme allemand, c'est que dans ses recherches en vue du soulagement des malheureux, elle a su toujours garder une juste défiance contre les procédés de guérison irrationnels. Espérons qu'elle ne se départira pas de ces règles de prudence et d'honnêteté.

« Il importe, dit Lancereaux, de ne pas laisser détourner de la vraie pratique, si minime qu'en soient les résultats, et de continuer à traiter la tuberculose d'après les connaissances que nous avons de son étiologie et de sa pathogénie, de son évolution et surtout de ses modes de guérison ; car il ne faut pas l'oublier, c'est l'étude des procédés naturels de guérison des maladies qui nous donne les indications pour les soigner. »

La tuberculose étant l'effet d'une dénutrition générale, il est rationnel d'admettre qu'en modifiant la nutrition, on mettra la bacille dans l'impossibilité de continuer ses ravages.

Quels agents avons-nous pour modifier la nutrition ? Les premiers et les meilleurs ; nous dirions volontiers les seuls, sont l'air pur et l'eau froide. L'air opère naturellement la guérison des phtisiques qui respirent largement, et il faut engager les malades à retourner chez eux, à la campagne, si cela est possible. S'ils ne peuvent quitter la ville, leur recommander de choisir un logement bien aéré, bien exposé, pas humide, dont les fenêtres seront ouvertes une bonne partie de la journée, et même la nuit, s'il le faut.

L'eau, l'hydrothérapie sous forme de lotions légèrement alcoolisées ou de douches froides, à raison de deux par jour, donnera des résultats remarquables. « L'eau froide, c'est du sang », avons-nous souvent entendu dire à notre maître, en présence de véritables résurrections obtenus dans l'espace de un à deux mois. Remplir cette indication hydrothérapique est à la portée de tout le monde, et nous sommes étonné de

voir avec quelle timidité l'eau froide est encore aujourd'hui conseillée par les meilleurs médecins.

A ces moyens principaux, employés pour stimuler la fonction digestive, on pourra joindre secondairement les amers et surtout les gouttes amères de Baumé. Et comme régime alimentaire, on conseillera les viandes rôties, le jambon, le poisson, les œufs, le beurre, tous aliments de digestion facile.

Comme agent médicamenteux on a usé et on use encore de l'arsenic : c'est un médicament d'épargne ou antidépérideur dont l'action n'est pas toujours sûre.

Voilà, dans ses grandes lignes le traitement rationnel de la phtisie.

« Ces moyens, dirons-nous avec Lancereaux, ne frapperont pas l'imagination, comme pourrait le faire l'injection d'une lymphe ou d'un sérum quelconque, ou encore l'emploi d'un médicament en vogue, malgré la multiplicité de ceux que nous voyons passer chaque jour sous nos yeux ; mais ils n'en seront pas moins efficaces et plus honnêtes. Aujourd'hui malheureusement le traitement de la tuberculose n'appartient pas à la science ; il est tout entier dans le domaine de l'empirisme ; mais ce qui est surtout pénible, ce n'est pas tant de constater qu'il est passé aux mains des charlatans, que de voir des médecins instruits et de bonne foi employer, sans règle aucune, toute espèce de drogues contre cette grave et terrible maladie. »

Dans l'application du traitement, n'oublions pas que nous avons affaire à des phtisiques qui sont aussi des alcooliques, et qu'il nous faut traiter l'intoxication et

combattre ses effets. Les hypnotiques rendront à nos malades le sommeil perdu et dont ils ont tant besoin. Les faire dormir étant la principale indication, l'hydrate de chloral et le sirop de morphine provoqueront rapidement un sommeil réparateur, c'est-à-dire, sans rêves ni cauchemars. L'eau froide, agent aussi merveilleux contre l'alcoolisme que contre la tuberculose, régularisera la fonction nerveuse si profondément troublée : une douche par jour et même deux, rendront aux malades un calme qu'ils ne connaissent plus depuis longtemps. La seconde indication étant de combattre les troubles digestifs, on emploiera, à cet effet, les amers associés au bicarbonate de soude.

Après cela et surtout, il faudra tâcher de convaincre les malades qu'aucune médication n'aura la moindre efficacité, s'ils ne renoncent pas à leurs funestes habitudes. On ne connaît malheureusement aucune substance qui puisse guérir le mal de boire. En Angleterre et en Amérique, où les sociétés de tempérance abondent, on en a expérimenté un certain nombre ; toutes celles que l'on a essayées sont généralement restées inefficaces.

Les sociétés de tempérance ont beau chercher dans l'arsenal pharmaceutique, nous ne croyons pas que là se trouve le remède contre l'alcoolisme, non plus que dans la multiplication de ces sociétés, qui n'ont pas empêché les alcooliques de devenir plus nombreux dans les pays où elles fleurissent le plus. Pour nous, la prophylaxie de l'alcoolisme est entre les mains des pouvoirs publics :

Tout en respectant la liberté de chacun, et tout en admettant la responsabilité individuelle, nous verrions avec plaisir l'Etat intervenir et faire son devoir contre l'alcoolisme. Le médecin, nous l'avons dit, ne peut qu'avertir son malade des dangers qu'il court en buvant avec excès. Son rôle se borne là; mais le rôle de l'Etat, plus étendu, est de mettre le buveur en garde contre la tentation; et puisqu'il n'a pas d'action sur le buveur, c'est d'agir sur la tentation représentée par le marchand de vin et le distillateur.

Par des règlements limitant le nombre des débits et imposant une surveillance sévère de la qualité des boissons, l'Etat peut seul arrêter l'extension du fléau. Il n'y a pas d'autre prophylaxie de l'alcoolisme.

Sans faire sur le terrain politique des incursions pour lesquelles nous n'avons aucun goût, nous avouons reconnaître à la Société le droit de veiller au bien-être de chacun de ses membres, en assurant la santé générale, la santé étant la condition première de tout bien-être; et pour cela, le droit de mettre, par la législation, le plus d'entraves possible au commerce malhonnête des vins, des alcools et des liqueurs. Traquer sans pitié ceux qui excercent ce commerce au détriment de la santé publique, tel est son devoir.

Aucune répression ne peut paraître trop rigoureuse quand on songe que le nombre des alcooliques augmente tous les jours, et que tous ces buveurs procèdent. Si les pères sont, en somme, peu dignes d'intérêt, si les maux qu'ils souffrent après leurs excès peuvent passer pour une juste expiation, de quelle im-

mense pitié n'est-on pas pénétré en pensant à ces pauvres êtres que le vice des parents voue fatalement à une existence misérable. De tuberculeux, de névropathes, de fous, voilà de quoi se compose la descendance des buveurs. Le médecin doit montrer à celui qui boit avec excès le triste avenir réservé à ses enfants et l'Etat doit prendre souci de l'avenir de la race française.





CHAPITRE VII



CONCLUSIONS



1° Les excès de vin, d'eau-de-vie, rhum, cognac et de liqueurs avec essences prédisposent à la tuberculose pulmonaire.

2° Chez les buveurs la tuberculose du poumon débute par le sommet droit et en arrière.

3° La forme la plus habituelle de cette tuberculose est la forme granuleuse miliaire.

4° Elle apparaît entre 30 et 50 ans ; quelquefois avant 30, rarement après 50 ; elle évolue par poussées successives et souvent accompagnées d'hémoptysies.

5° Le pronostic est grave surtout parce que les buveurs sont incorrigibles ; la maladie est curable par les mêmes moyens que la tuberculose ordinaire ; mais pour sa prophylaxie le législateur peut beaucoup plus que le médecin,





INDEX BIBLIOGRAPHIQUE



- Didot.* — Description topographique et médicale des montagnes de la Vôge. (Histoire de la Société royale de médecine de Paris, 1780, tome II, page 13).
- De Brieu.* — Topographie de la Haute-Auvergne. (Mémoires de la Société royale de Médecine, 1782-1783, page 316).
- Magnus Huss.* — Chronische alkoolskrankheit oder alcoolismus chronicus. Stockolm, 1852.
- E. Pidoux.* — Les Eaux-Bonnes comparées dans le traitement de la phtisie primitivement locale, et de la phtisie primitivement générale. Quimper, 1879.
- Bell (de New-York).* — On the effects of the use of alcoholic liquors on tubercular diseases, or in constitution predisposed to such disease, 1859. Amer. Journ. of the Medic. scienc., tome XXXVIII, page 407.
- Lancereaux.* — Dictionnaire encyclopédique des sciences médicales, article : Alcoolisme, page 640. Paris, 1863. Leçon de clinique médicale, 1879-1891, pages 15 et 269.

Jaccoud. — Traité de Pathologie interne : Appendices des 1^{re} et 2^e éditions.

Kranz (de Liège). — Union médicale, tome XIV, page 192.
Le Scalpel, n^o 24.

Rabuteau. — Eléments de thérapeutique et de pharmacologie, tome I, page 151.

Launay (du Havre). — Union médicale, tome XIV, page 338.

Gareaudeaux. — De la tuberculose chez les buveurs et de ses rapports avec la cirrhose, Paris, 1878.

Hip. Martin. — Recherches anatomo-pathologiques et expérimentales sur le tubercule. Tuberculose du poulmon et des séreuses chez l'homme, le lapin et le singe, Paris, 1879.

G. d'Hôtel. — De l'influence des professions sédentaires sur le développement de la tuberculose pulmonaire à gauche. Paris, 1879.

H. Beaunis. — Nouveaux éléments de physiologie humaine. Paris, 1880, 3^e édition.



Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
GRÉARD.

Vu : Le Président de la Thèse, Vu : Le Doyen,
LABOULBÈNE. BROUARDEL.

Paris. — Imp. de la Faculté de médecine, Henri Jouve, 15, rue Racine.

